

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE 553

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE

PAR

Jeannie J. ARAGER-OGUSE

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 16 Juin 1903, à Paris

L'ÉTAT GÉNITAL
CHEZ LES BASEDOWIENNES

Travail du service du Dr Sainton

Président : M. CARNOT, Professeur..

LES PRESSES MODERNES

43, RUE DE MAUBEUGE, 43

PARIS

1933

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE

PAR

J. ARAGER-OGUSE

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 16 Juin 1903, à Paris

**L'ÉTAT GÉNITAL
CHEZ LES BASEDOWIENNES**

Travail du service du Dr Sainton

Président : M. CARNOT, Professeur.

LES PRESSES MODERNES

43, RUE DE MAUBEUGE, 43

PARIS

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

1881

1881

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. L.

1881

1. ARAGÉO-COÛTE

1881

1881

L'ÉTAT GÉNITAL

CHEZ LES BASEDOWIENNES



1881

1881

1881

1881

1881

1881

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON MARI

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CARNOT

Professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant de
présider cette thèse.*

A MON MAITRE

M. le Docteur SAINTON

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et qui m'a constamment dirigée dans
son exécution.*

Témoignage de respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- M. le Professeur SERGENT.
- M. le Professeur DELBET.
- M. le Docteur BERGE (*in memoriam*),

Externat

- M. le Docteur CHEVRIER.
- M. le Docteur FUNCK-BRENTANO.
- M. le Professeur agrégé MACAIGNE.
- M. le Docteur AVIRAGNET.
- M. le Docteur LOUSTE.

Internat

- M. le Docteur PISSAVY (*in memoriam*).
- M. le Docteur GAUTHIER.
- M. le Docteur TOURAINE.
- M. le Docteur LEMELAND.
- M. le Docteur LAEDERICH.
- M. le Docteur SAINTON.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

- MM. les Docteurs BERNARD (R.), OBERLIN et LEI-BOVICI, Chirurgiens des Hôpitaux.
- M. le Docteur BASCH, Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur FROMENT, Chef de Clinique à la Faculté.

A MM. les Docteurs WELTI, Chirurgien des Hôpitaux,
et FERRIER, Assistant au service de Physiothé-
rapie à l'Hôtel-Dieu, qui ont bien voulu me
communiquer leurs observations pour la rédac-
tion de cette thèse.

A M. le Professeur SIMONNET, agrégé des Écoles Vété-
rinaires, Chef de Laboratoire à la Faculté de
Médecine, qui m'a guidée dans la partie expéri-
mentale de ce travail.

LE DOYEN : M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie. .
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER. . . . Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
		GUÉNOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du Cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY	Stomatologie.
	CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Éducation physique.
	LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
	WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le goître exophtalmique, on l'a remarqué depuis longtemps, est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme (6 femmes pour 1 homme, d'après Hirsch.)

Il n'apparaît pour ainsi dire jamais avant l'époque de la puberté, et il est rare de le voir débiter plus tard que les environs de la ménopause.

Enfin on a fréquemment observé sa coexistence, soit avec des troubles ovariens, soit avec des épisodes de la vie génitale.

Mais ces faits constatés sont interprétés de façon diverse, selon que les auteurs leur attribuent plus ou moins d'importance dans le mécanisme et l'évolution de la maladie de Basedow. La question qui se pose est de savoir si les troubles menstruels, si fréquents au cours de cette maladie, en représentent simplement une conséquence, ou si, au contraire, au moins dans certains cas, les lésions ou les troubles génitaux ne sont pas à l'origine du développement de l'hyperthyroïdie.

Actuellement la théorie thyro-génitale de la maladie de Basedow est vivement contestée par plusieurs auteurs, entre autres par Labbé et G. Dreyfus. Celui-ci considère que « l'insuffisance génitale ne peut être regardée comme un facteur étiologique déterminant des états hyperthyroïdiens ».

Cependant, avant de considérer l'aménorrhée des basedowiennes comme un des symptômes de leur maladie, il

faudrait s'assurer par un examen gynécologique qu'elle n'est pas en rapport avec des lésions locales, qui ont pu préexister à l'hyperthyroïdie. On peut dans certains cas en avoir la certitude, quand la malade a déjà subi un traitement médical, physiothérapique ou chirurgical pour une affection gynécologique, avant le début des symptômes basedowiens, et on est alors en droit de se demander si ces derniers ne sont pas secondaires à la lésion génitale et à l'insuffisance ovarienne qui l'accompagne. Sainton et Delestre ont insisté sur la fréquence des lésions utéro-ovariennes et sur la nécessité de leur recherche systématique chez les basedowiennes. Il faut d'ailleurs remarquer qu'en dehors des lésions grossières, aisément constatées à l'examen clinique, il peut en exister d'autres, simplement histologiques, et qui passeront inaperçues.

D'autre part la fréquence remarquable de l'apparition de la maladie de Basedow et de la basedowification des goîtres simples à la ménopause peut difficilement passer pour une coïncidence.

Nous nous sommes proposé dans ce travail de faire la part des incidents normaux et pathologiques de la vie génitale dans un certain nombre de cas d'hyperthyroïdie.

HISTORIQUE

On a d'abord considéré comme certain que les troubles ovariens étaient secondaires à l'hyperthyroïdie, ces troubles prenant habituellement la forme de l'insuffisance ovarienne, avec dysménorrhée ou aménorrhée, et stérilité habituelle.

Charcot (1856-1862) signale déjà la fréquence de l'aménorrhée des basedowiennes, et admet qu'elle est la conséquence de la maladie.

Trousseau (1862) note que le retour de la menstruation normale coïncide avec l'amélioration ou la guérison de la maladie.

Freund (1882) décrit des lésions atrophiques des organes génitaux chez les femmes porteuses de goître exophtalmique.

Kleinwachter (1889-1892) signale également ces lésions.

Mais on commence à noter des cas d'action ovarienne sur le trouble thyroïdien.

Mathieu (1890) publie une observation de Basedow à la suite d'une double ovariectomie.

Par contre Picqué, Bouilly, Guinard et Tuffier (1895) publient des observations de Basedow guéris par l'ovariectomie.

Blocq, Doléris (1895) publient des cas analogues.

Jouin (1895), Muret (1896), Seeligman (1897), Dalché

(1898), Delaunay (1899), signalent des cas de Basedow améliorés ou guéris par l'opothérapie ovarienne, chez des malades qui présentaient des troubles menstruels.

Vinay (1898) attribue à l'insuffisance ovarienne, et en particulier à la ménopause, un rôle dans la production du goître exophtalmique, mais chez des malades dont la thyroïde était sans doute déjà altérée.

Jayle (1903) publie des améliorations par l'opothérapie ovarienne, en particulier chez une malade dont le Basedow était apparu à la suite d'une hystérectomie.

Dalché et Robin (1905) notent la fréquence des troubles génitaux, souvent accompagnés d'atrophie mammaire.

Perrin et Blum (1906) rapportent des cas de Basedow consécutifs à l'insuffisance ovarienne.

Halliday-Croom (1907) signale surtout de l'irrégularité de la menstruation, avec souvent des métrorragies, sauf dans les cas graves, où il y a au contraire aménorrhée. Il observe d'autre part l'exagération des signes d'hyperthyroïdie après l'accouchement.

Sainton et Delherm (1908) publient 10 cas de Basedow traités par l'opothérapie ovarienne. Seuls ceux où la maladie était apparue en relation avec des troubles ovariens ou avec la grossesse, ont bénéficié de ce traitement.

Carnot (1911) signale également des cas où l'opothérapie ovarienne a donné de bons résultats dans le Basedow.

Tuffier et Mauté (1912) constatent l'aggravation habituelle des troubles de la ménopause chirurgicale par l'opothérapie thyroïdienne.

Seitz (1913) trouve une forte proportion d'aggravations de la maladie de Basedow par la grossesse, et d'accidents obstétricaux chez les basedowiennes.

Parisot (1913) publie des cas d'amélioration ou de guérison du Basedow par l'opothérapie ovarienne, mais considère que la théorie thyro-génitale ne peut s'appliquer qu'à

un certain nombre de faits, où l'origine génitale de la maladie peut être démontrée.

Elsner (1914) signale la fréquence du fibrome utérin chez les basedowiennes.

Tilmant (1919) publie l'observation de 6 malades de la même famille, chez qui l'insuffisance ovarienne coexistait avec le goître exophtalmique. Il a obtenu des améliorations des deux syndrômes par l'opothérapie ovarienne.

Delestre insiste dans sa thèse (1921) sur la fréquence des lésions utéro-ovariennes au cours du goître exophtalmique.

Godlewski (1921) constate la sédation des manifestations hyperthyroïdiennes pendant la grossesse.

Fruhinholz et Parisot (1921) observent l'hyperthyroïdisme physiologique de la grossesse, la stérilité habituelle des basedowiennes, et l'amélioration de la maladie de Basedow par la grossesse dans la plupart des cas.

Maranon (1922-1924) publie des cas de Basedow de la ménopause, avec hypertension, améliorés par l'association de l'opothérapie ovarienne et de la médication anti-thyroïdienne.

Wilson et Bourne (1923) citent des cas de ménorragies sans lésions utéro-ovariennes chez des femmes jeunes, améliorés par la radiothérapie sur la thyroïde, et ils conseillent de rechercher le métabolisme basal quand l'examen gynécologique ne révèle pas la raison des hémorragies.

Parhon et Goldstein (1923) s'appuient sur la fréquence de l'hyperthyroïdisme de la ménopause spontanée ou chirurgicale pour affirmer l'antagonisme thyro-ovarien.

Coulaud (1923) publie une série de cas où le volume du goître a diminué à la suite de l'opothérapie ovarienne, même quand l'insuffisance ovarienne n'était pas cliniquement décelable, mais il y a seulement atténuation de quelques symptômes dans les cas de Basedow franc.

Maurin (1923), chez une jeune fille qui présentait un goître exophtalmique ayant commencé vers la puberté, avec dysménorrhée, puis arrêt complet des règles, a obtenu l'amélioration de tous les troubles par l'Agomensine.

Schmitt (1925) publie une statistique où apparaît nettement la fréquence de la stérilité et des troubles menstruels chez les basedowiennes.

Vignes (1925) explique l'inconstance des résultats de l'opothérapie ovarienne dans le Basedow par la variabilité des extraits. Il admet la synergie thyro-ovarienne plutôt que l'antagonisme des deux glandes.

Laemmer (1925) décrit, en dehors des cas de Basedow franc, le « basedowisme de la ménopause ».

Cotte (1925) observe un syndrome basedowien 6 mois après castration. La thyroïdectomie fait disparaître tous les troubles de la ménopause en même temps que les symptômes d'hyperthyroïdisme.

Mussey, Plummer et Boothby (1926) ne voient que 22 cas de grossesse sur 5.043 basedowiennes.

Ujma (1927) publie un cas de goître exophtalmique à la suite de la radiothérapie pour fibrome utérin.

Eason (1928) observe une tendance à l'amélioration du Basedow au cours de la grossesse, souvent avec persistance de cette amélioration après l'accouchement.

Gardiner Hill (1929) est également d'avis que la grossesse améliore, et parfois définitivement, le Basedow, mais surtout dans les cas où elle se poursuit jusqu'à son terme. Or, les avortements et les accouchements prématurés sont fréquents ainsi que la mortinatalité.

G. Dreyfus (1930) conteste l'influence des troubles ovariens sur l'hyperthyroïdie.

Colombet (1931) confirme l'amélioration du Basedow par la grossesse dans la plupart des cas. Il fait observer

qu'elle est rare chez les basedowiennes, et ne se voit jamais dans les cas graves.

Hirsch (1931) insiste sur le rapport quasi-constant entre le Basedow et l'activité génitale de la femme.

Meldolesi (1931) note des troubles menstruels chez 76 % des malades, et dans un grand nombre de cas ils préexistaient à l'hyperthyroïdie. Il considère les deux ordres de troubles comme dépendant d'une même cause constitutionnelle, souvent d'origine héréditaire : syphilis, tuberculose ou tout autre facteur de déchéance organique.

Traverso (1932) publie des cas de guérison définitive des métrites hémorragiques de la puberté par diathermie de la région thyroïdienne.

Joll (1932) trouve habituellement une corrélation entre l'intensité de la maladie de Basedow et celle des troubles menstruels. Il observe chez les basedowiennes une diminution relative de la fertilité, et une tendance exagérée aux avortements et aux accidents puerpéraux graves.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous analyserons ici une série de 113 observations, les unes recueillies par nous dans le service du Docteur Sainton ; les autres qu'il a bien voulu nous communiquer, ou que nous devons à l'obligeance du Docteur Welti et du Docteur Ferrier.

Chez 23 de ces malades, la menstruation était normale, et nous n'avons pu déceler la relation entre l'hyperthyroïdisme et les fonctions génitales.

Parmi les 90 autres, nous considérerons séparément les cas où le trouble de ces fonctions est secondaire à l'apparition de l'hyperthyroïdisme, et ceux où au contraire celui-ci s'est manifesté chez une malade qui présentait déjà des troubles menstruels ou des lésions génitales, où à l'occasion d'une phase normale de la vie génitale. Comme nous le verrons, cette discrimination n'est pas toujours facile, d'autant que le plus souvent on ignore l'état antérieur des divers organes.

Cependant il est des cas où le trouble menstruel paraît bien avoir débuté au cours de la maladie de Basedow, et où le traitement de celle-ci, en agissant à la fois sur les deux ordres de symptômes, démontre le lien qui existait entre eux.

I. — TROUBLES MENSTRUELS CONSÉCUTIFS A L'HYPERTHYROÏDISME.

Au cours de la maladie de Basedow, comme nous l'avons vu dans 23 cas, les règles peuvent rester normales. Mais le plus souvent elles sont modifiées. Les troubles portent sur : la régularité, la durée et l'abondance des règles, et même sur la qualité du sang perdu.

La plupart des auteurs sont d'accord pour constater que le plus souvent les règles sont moins fréquentes, et surtout moins longues et moins abondantes.

Pour Meldolesi, 76 % des basedowiennes ont des troubles menstruels, le plus souvent les règles sont diminuées et irrégulières, bien plus rarement abondantes et prolongées. L'aménorrhée complète se voit dans les cas les plus graves, bien qu'il n'y ait pas de rapport strict de proportionnalité entre les troubles thyroïdiens et ovariens. Enfin l'amélioration de la fonction menstruelle est d'un bon pronostic pour l'évolution du Basedow.

Pour Schmitt, sur 22 hyperthyroïdiennes :

6 ont une menstruation trop abondante et irrégulière.

9 ont une menstruation trop peu abondante.

7 ont de l'aménorrhée.

L'auteur conseille de toujours mesurer le métabolisme basal chez les femmes ayant des troubles ovariens sans lésions perceptibles des organes génitaux.

Bourne conseille également de rechercher l'hyperthyroïdisme chez les jeunes femmes qui ont des hémorragies utérines, en l'absence de lésions utéro-ovariennes.

Il cite le cas d'une basedowienne qui avait des règles profuses et irrégulières, durant parfois deux semaines par mois. Avec Wilson, il en a observé une autre chez qui les ménorragies ont été guéries par la radiothérapie thyroï-

dienne, mais qui a vu ensuite s'installer une aménorrhée avec signes d'hypothyroïdisme.

OBSERVATION I

M^{lle} L..., 25 ans. Originaire d'une région à goîtres : St-Etienne. Plusieurs dans la famille : grand'mère, mère ayant un léger goître et un nervosisme excessif, un oncle du même côté Basedowien.

Elle-même a depuis l'âge de 12 ans une tumeur au côté droit du cou, descendant vers la clavicule. Régulée à partir de 14 ans, régulièrement, durée : 3-4 jours.

En 1932, le goître a grossi, à la suite d'un séjour à la mer et de fatigues prolongées. En même temps, exagération de l'émotivité, tremblement des mains, augmentant à la moindre émotion. Se fatigue et s'essouffle vite. Pouls : 100. Tension : 15 1/2 - 9 1/2. Pas d'exophtalmie, un peu d'éclat du regard. Métabolisme en octobre 1932 : + 31 %. Depuis le début des troubles, les règles ont diminué en durée et en abondance.

L'hémato-éthyroïdine est restée sans action, par contre la diodotyrosine a amené une atténuation de tous les troubles. En même temps les règles sont redevenues normales.

OBSERVATION II

M^{lle} B..., 33 ans.

Régulée à 15 ans, normalement. A fait une fausse couche de 4 mois, accidentelle, à 22 ans.

A ce moment, on a constaté une rétroversion mobile, qui persiste actuellement.

En janvier 1932, début de l'amaigrissement, très rapide (18 kilos en 3 mois) et de la tachycardie.

En mai, apparition du goître : augmentation diffuse du corps thyroïde, consistance dure, avec des noyaux encore plus durs. Le lobe droit arrive à la clavicule, mais ne plonge pas. Exophtalmie nette. Signes du frontal et de Jellinek. Tremblement des paupières fermées, tremblement des extrémités. Pouls 116, tension 12-7. Bouffées de chaleur, nervosité. Diarrhée (jusqu'à 10 fois par jour). Métabolisme en avril 1932 :

+ 28 %. Depuis le début des troubles, les règles deviennent irrégulières venant tous les 12 ou 18 jours, très peu abondantes et très peu colorées, ne durant qu'un jour à un jour et demi. Un traitement par le Lugol aggrave les troubles : amaigrissement, pouls : 120, métabolisme + 54 % fin juin. Les règles disparaissent complètement depuis juillet.

Traitement par la diodotyrosine : reprise de poids, pouls : 98, métabolisme + 16 % en mars 1933. Traitement par la folliculine. Les règles reparaissent à la fin de mars, douloureuses, mais assez abondantes, durent 2 jours et demi.

OBSERVATION III

M^{me} B..., 34 ans.

Réglée à 13 ans. Les règles duraient 3-4 jours, jamais très abondantes et souvent irrégulières, manquant parfois pendant 2-3 mois jusqu'à la grossesse ; enfant de 8 ans, bien portant. Depuis, la menstruation était plus régulière.

En septembre 1931, apparition du goître et des troubles fonctionnels. Thyroïde augmentée de volume et de consistance. Pas d'exophtalmie, mais instabilité oculaire, signes de Topolanski, du frontal et de Jellinek. Pouls, 122, ne se modifiant pas par le R.O.C. Tension : 16-9.

Réactions vaso-motrices intenses, sueurs abondantes. Assez grand nombre de cheveux gris. Emotivité. Amaigrissement de 13 kilos en 8 mois. A partir du début des troubles, les règles ont diminué en quantité, et le sang est très clair.

Examen gynécologique : rétroversion mobile.

OBSERVATION IV

M^{me} A..., 30 ans.

Etait bien réglée. Il y a treize ans, à la naissance de son enfant, augmentation de volume du cou. En 1932, crise de rhumatisme articulaire succédant à une angine, et améliorée par le salicylate.

Vers février 1933, nouvelle augmentation du cou, avec, cette fois, apparition de malaises. Hypertrophie en masse du corps thyroïde, plus marquée à droite, consistance molle, existence

d'un thrill. Pas d'exophtalmie, légère pigmentation des paupières. Tremblement des paupières fermées. Légères secousses nystagmiques. Pouls : 136, réflexe oculo-cardiaque : 124, tension : 14-8. Léger tremblement. Métabolisme : + 79 %.

Depuis le début des troubles, l'abondance des règles a diminué, bien qu'elles restent régulières.

OBSERVATION V

M^{me} D..., 49 ans.

Goître exophtalmique typique à 38 ans. Arrêt des règles pendant un an. A la suite de la radiothérapie de la thyroïde, les règles reviennent. La malade devient enceinte, grossesse normale, enfant vivant.

A 49 ans, les règles deviennent moins abondantes. Apparition d'un léger syndrome basedowien.

OBSERVATION VI

M^{me} S..., 38 ans.

A 14 ans, elle avait déjà le cou gros, sans aucun trouble fonctionnel. Etait bien réglée. En 1924, un traitement électrique fait diminuer le goître.

Vers la fin de 1929, commencent à apparaître des troubles : grande nervosité, palpitations. Pouls : 96. Tension : 12-8. Pas d'exophtalmie, mais signes du frontal et de Moebius. Goître gros comme une orange, dur, développé sur l'isthme. Métabolisme : + 10 %. Depuis juillet 1930, les règles sont devenues irrégulières et très peu abondantes. Opérée le 6 janvier 1931 par le Docteur Bloch. Les règles viennent normalement dès le 17 janvier, et restent normales depuis. Tous les troubles ont disparu.

Rien de particulier à l'examen gynécologique.

OBSERVATION VII (D^r Welti)

M^{me} Le N..., 36 ans.

Réglée à 14 ans, normalement.

Début en 1927, par exophtalmie légère et fatigue générale.

En 1928, apparition d'une petite tuméfaction à la région médiane du cou. En 1929, essoufflement, insomnie, irritabilité, parfois de la fièvre le soir. Vomissements. Diminution des règles. En 1930, augmentation de volume d'abord de la région médiane, puis du lobe droit, puis du lobe gauche. Depuis 1930, les règles sont presque supprimées, ne venant plus que deux fois par an. En 1931, amaigrissement de 11 kilos, l'exophtalmie s'accroît beaucoup. Tachy-arythmie, constatation d'une maladie mitrale. Bouffées de chaleur, tremblement peu intense. Métabolisme : + 83 %. En 1932, amélioration par le Lugol.

Le 13 juillet 1932, ligature des artères du côté droit, suivie d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Le 23 septembre 1932, lobectomie gauche. La malade devient moins nerveuse, elle engraisse de 10 kilos, l'exophtalmie diminue. En février 1933, nouvelle crise de rhumatisme.

Le 1^{er} mars 1933, lobectomie droite, montrant l'existence d'un adénome et de périthyroïdite.

A partir d'avril, les règles, qui manquaient depuis 11 mois, reviennent régulièrement et sont d'abondance normale.

OBSERVATION VIII (D^r Welti)

M^{lle} A..., 33 ans.

Premières règles à 11 ans, normales depuis. Vers le début de 1928, amaigrissement et asthénie. Apparition du goître et de l'exophtalmie. Signe de de Graefe. Tremblement des paupières fermées. Tremblement des mains. Palpitations, dyspnée d'effort. Nervosité, irritabilité. Sueurs abondantes, par crises. Crises de diarrhée. Les règles deviennent irrégulières, parfois absentes pendant trois mois et peu abondantes. Le goître augmente de volume pendant leur durée. Amélioration passagère par l'hémato-éthéroïdine, en même temps les règles augmentent d'abondance.

En 1931, 18 séances de radiothérapie : nouvelle amélioration ; la malade engraisse, les règles redeviennent régulières, mais peu abondantes. Opérée en 2 temps par le Docteur Welti, le 28 novembre 1931, hémithyroïdectomie droite, le 11 mars 1932, hémithyroïdectomie gauche.

Guérison rapide : tous les troubles disparaissent, la malade

regagne son poids normal, l'exophtalmie régresse. En même temps les règles redeviennent régulières et d'abondance moyenne.

OBSERVATION IX (D^r Welti)

M^{me} D..., 30 ans.

Règles souvent en retard, d'abondance moyenne, duraient 4 jours.

En 1929, augmentation rapide du volume de la thyroïde, portant surtout sur le lobe droit, avec grosses veines dilatées. Tremblement très intense, gênant la marche. Pouls à 120. Pas d'exophtalmie. Diarrhée, vomissements, amaigrissement important. Agitation, tristesse. Les règles ne durent plus qu'un jour. Le métabolisme atteint jusqu'à + 131 %.

Opérée le 28 décembre 1932 par le Docteur Welti : thyroïdectomie subtotale, portant surtout sur le lobe droit et l'isthme.

Tous les troubles s'amendent, puis disparaissent. Le métabolisme descend à + 26 %. Les règles redeviennent normales en durée, en abondance, et n'ont plus de retard.

OBSERVATION X (D^r Welti)

M^{me} G..., 39 ans.

Réglée à 11 ans, assez abondamment, durée 5-6 jours. Une fausse couche, 2 grossesses à terme. En 1928, pyélonéphrite. Constataction de goître et des premiers symptômes basedowiens. Le corps thyroïde est augmenté en masse, souffle continu à renforcement systolique. Exophtalmie très marquée. Tremblement intense. Pouls à 140-150. Insomnie, sueurs abondantes. Les règles ne durent plus qu'un ou deux jours. Pendant leur durée, sensation d'étouffement au cou.

En août 1928, poussée de Basedow : crise de diarrhée, palpitations, amaigrissement. Les règles cessent jusqu'en novembre.

Le 4 avril 1929, lobectomie gauche par le D^r Welti (à ce moment, le métabolisme basal est de + 45 %). La malade engraisse après l'opération, elle dort mieux.

Le 1^{er} juin 1929, lobectomie droite.

Guérison progressive : la malade engraisse, l'exophtalmie s'atténue, les palpitations disparaissent.

En 1931, métabolisme à — 2 %. Les règles sont redevenues régulières et d'abondance normale à partir d'août 1929.

La malade a présenté un épisode passager d'hypothyroïdie avec chute des cheveux et des poils, perte de la mémoire, mais l'opothérapie a tout fait cesser.

OBSERVATION XI (D^r Welti)

M^{me} L..., 27 ans.

Réglée régulièrement, durée 2 jours, jusqu'en janvier 1930, où le Basedow débute sous une forme aiguë : amaigrissement très rapide et intense, diarrhée, vomissements. Palpitations, pouls à 130, tremblement. Exophtalmie. Le cou augmente. Nervosité, émotivité. Les règles deviennent irrégulières, jusqu'à 18 jours de retard et ne durent plus qu'une demi-journée.

Amélioration par le Lugol, le pouls se ralentit : 95. Le 5 août 1930, lobectomie droite, par le Docteur Welti. Amélioration de tous les troubles, l'exophtalmie diminue, la malade engraisse. Dès ce moment, les règles reviennent régulièrement, sauf une fois, et durent 1 à 2 jours.

Le 28 octobre 1930, lobectomie gauche. Augmentation de poids, les palpitations cessent complètement. Les règles viennent régulièrement, sont indolores, et durent 4 jours.

OBSERVATION XII (D^r Welti)

M^{me} L..., 39 ans.

Bien réglée.

En 1928, apparition du goître, tachycardie, nausées, amaigrissement. Règles supprimées pendant 5 mois. Guérison momentanée par la radiothérapie.

En 1931, récurrence, guérison par l'électrothérapie.

En janvier 1932, nouvelle poussée, avec exophtalmie marquée, palpitations. Les règles sont presque inexistantes. Métabolisme : + 45 %.

Le 28 mai 1932, lobectomie gauche par le Docteur Welti, le 5 septembre 1932, lobectomie droite.

La malade engraisse, les palpitations disparaissent. Les règles redeviennent régulières et d'abondance normale.

OBSERVATION XIII (D^r Welti)

M^{me} P..., 36 ans.

Grand'mère paternelle goitreuse. Goître constaté à 12 ans. Régulée à 13, régulièrement, douleur au début, durée 5-6 jours. Mariée à 21 ans. Deux enfants : 12 et 5 ans.

Au début de 1932, apparition de symptômes basedowiens, amaigrissement de 25 kilos en quelques mois, diarrhée, tremblement, faiblesse des jambes. Sueurs abondantes. Insomnie. Exophtalmie légère. Le goître augmente un peu. Pouls : 120-130. Œdème malléolaire. Les règles deviennent très irrégulières, et très peu abondantes. Métabolisme : + 68 %.

Le 15 octobre 1932, lobectomie gauche.

Les règles manquent de septembre à décembre 1932, reviennent à ce moment, mais très peu abondantes. La malade engraisse.

Le 19 février 1933, lobectomie droite, avec ligature de la thyroïdienne inférieure droite. Reprise de poids, régression presque complète de l'exophtalmie. Encore un peu de tremblement. Les règles sont régulières, quoique très peu abondantes.

OBSERVATION XIV (D^r Welti)

M^{me} R..., 38 ans.

Bien réglée avant la maladie. 3 grossesses à terme (un enfant mort).

En 1931, commence à maigrir, son regard devient fixe, tremblement, irritabilité. Palpitations et extrasystoles. Crises de diarrhée. Le traitement par l'iode détermine une métrorragie. En 1932, on constate une augmentation de volume de la thyroïde qui est molle, vasculaire, avec un souffle systolique ; hyperesthésie cutanée de la région. Les règles ne durent qu'un jour, formées de sang gris noir. Métabolisme : + 39 %.

Le 21 avril 1932, hémithyroïdectomie gauche. Amélioration immédiate. Les règles redeviennent abondantes, puis viennent moins bien.

Le 2 juillet 1932, deuxième temps.

La malade engraisse, guérison complète.

Les règles durent 3-4 jours, le sang est rouge au lieu d'être grisâtre comme avant.

OBSERVATION XV (D^r Welti)

M^{me} Le P..., 36 ans, originaire d'une région à goîtres, dans la Haute-Loire.

Sa mère en avait un, avec de l'exophtalmie et de la nervosité. La malade a toujours eu le cou un peu gros. Réglée à 14 ans, régulièrement, mais très peu abondamment, et pendant 1-2 jours seulement. A 17 ans, un médecin a constaté l'existence du goître.

Mariée à 23 ans. Un enfant à 26 ans.

En 1930, apparition de palpitations, alternatives d'amaigrissement et d'engraissement rapides et sans cause apparente. Tremblement, pas d'exophtalmie. Nervosité extrême. Le volume du cou augmente. Les règles diminuent, ne durent plus qu'un jour. Métabolisme : + 62 %.

Opérée le 15 novembre 1932 par le Docteur Welti. Amélioration rapide, reprise de poids. Les règles durent maintenant 3 jours. La malade prend des extraits ovariens, mais elle en avait pris sans résultat avant l'opération.

OBSERVATION XVI (D^r Welti)

M^{me} S..., 34 ans.

Etait bien réglée.

Au début de 1929, amaigrissement rapide. Augmentation de volume du cou. En mai-juin, apparition de l'exophtalmie et des palpitations. En août 1929, les règles cessent brusquement, elles reviennent ensuite, mais irrégulières et peu abondantes.

En juin 1930, diathermie, continuée pendant 4 mois. La nervosité et les palpitations se calment, les règles redeviennent régulières, mais moins abondantes qu'autrefois, l'amaigrissement

grissement cesse. Nouvelle poussée en 1931. Métabolisme : + 104 %.

Tremblement léger, pouls variable, parfois 140. Goître bilatéral, plus marqué à droite, dur, avec un noyau adénomateux sur l'isthme. Nervosité. L'exophtalmie a un peu diminué sous l'influence du Lugol, semble-t-il. En avril 31, pas de règles.

Opérée en 2 temps par le Docteur Welti : le 20 mai 1931, hémithyroïdectomie droite, le 6 octobre hémithyroïdectomie gauche. Dès la première opération, amélioration rapide, reprise de poids, les règles redeviennent normales. Après la deuxième, les palpitations cessent, l'exophtalmie diminue. Depuis, les règles sont restées normales, durant 5-6 jours.

OBSERVATION XVII (D' Welti)

M^{me} P..., 36 ans.

Début en 1925 par fatigue et amaigrissement. En 1927, l'amaigrissement s'accroît, la malade devient irritable. Le corps thyroïde augmente de volume, surtout le lobe droit. Pigmentation anormale du cou. Pouls 80-90. Tremblement. Exophtalmie marquée, signe de de Graefe. Sueurs. Diarrhée. Les règles avancent de façon irrégulière, 8 jours en moyenne, et sont moins abondantes que normalement.

Le 14 mai 1927, thyroïdectomie subtotale. Rapidement tous les troubles s'amendent, sauf l'exophtalmie, qui ne régresse que très lentement. Les règles n'avancent plus que de 2-3 jours, et redeviennent d'abondance normale.

OBSERVATION XVIII (D' Ferrier)

M^{me} G..., 28 ans.

Était bien réglée jusqu'au début du Basedow, il y a quelques années. Goître assez volumineux, portant sur les 2 lobes. Exophtalmie très marquée. Palpitations, pouls : 140. Tremblement. Bouffées de chaleur. Les règles deviennent très peu abondantes, durant 1 jour.

Diathermie thyroïdienne et ovarienne ; le goître et l'exoph-

talmie diminuent beaucoup, les palpitations persistent. Les règles redeviennent d'abondance normale.

OBSERVATION XIX (D^r Ferrier)

M^{lle} P..., 23 ans.

Était bien réglée. Début des troubles en 1931 : apparition du goître, de l'exophtalmie et des palpitations, pouls : 140. Les règles disparaissent complètement.

5 séances de radiothérapie produisent une amélioration, mais une nouvelle poussée a lieu à la suite d'une grippe. Métabolisme : + 66 %.

En mars-avril 1932, 12 séances de diathermie transthyroïdienne. Amélioration notable. Exophtalmie diminuée, goître réduit d'un tiers environ. Pouls : 118. Les règles reviennent, d'abord irrégulières et peu abondantes, durant 1 jour et demi, puis plus régulières et plus abondantes.

On adjoint à la diathermie thyroïdienne des séances de diathermie ovarienne et hypophysaire. L'amélioration s'accroît, le cou est moins gros, l'exophtalmie régresse. Les règles ont encore quelques irrégularités, mais sont assez abondantes. Métabolisme : + 40 %.

OBSERVATION XX

M^{me} G..., 35 ans.

Goître exophtalmique, légères palpitations, tachycardie : 90, tremblement des doigts, pas d'amaigrissement. Réglée tous les 25 jours.

OBSERVATION XXI

M^{me} M..., 29 ans.

Légère augmentation de volume du corps thyroïde. Eclat du regard, palpitations, tremblement. Amaigrissement. Métabolisme : + 16 %.

Les règles sont régulières, mais trop abondantes, durant 7-8 jours, le deuxième jour surtout, elles prennent l'aspect d'une véritable hémorragie.

OBSERVATION XXII

M^{me} B..., 31 ans.

Réglée à 13 ans, régulièrement avant l'apparition du Basedow. 3 enfants vivants, une fausse couche.

Début des malaises en 1929, avec poussées au moment des règles. Mais ils s'accroissent vers la fin de 1932. Augmentation de volume du corps thyroïde, avec, à droite, une masse dure, volumineuse, plongeant au-dessous de la clavicule. Pas d'exophtalmie, tremblement des paupières fermées et des extrémités. Pouls : 84. Arythmie. Tension 13-8 1/2. Emotivité.

Depuis la fin de 1932 jusqu'en avril 1933, la malade perd constamment du sang clair, mêlé de caillots.

En mars 1933, on commence un traitement par la diathermie : 20 séances sur le corps thyroïde. Dès le mois d'avril, interruption des pertes, suivie de règles normales.

Opérée le 19 mai 1933 par le docteur Bloch : goître en hyperactivité cellulaire, nombreux kystes colloïdes. Amélioration rapide, les règles redeviennent normales.

OBSERVATION XXIII

M^{me} P..., 43 ans.

4 enfants, 3 fausses couches.

Début du goître à 40 ans, avec symptômes d'hyperthyroïdisme. Les règles disparaissent pendant 2 ans.

Actuellement l'hyperthyroïdisme est peu accentué : pouls 92, léger amaigrissement.

Les règles ont repris, et sont même très abondantes, viennent toutes les 3 semaines.

OBSERVATION XXIV (publiée par les D^{rs} Welti et Huguenin, à la Société Anatomique de Paris, novembre 1932)

M^{me} G..., 49 ans.

En 1911, pleurite sèche du côté droit, rechute l'année suivante. En 1928, laryngite prolongée. A toujours toussé depuis. En 1928, a eu une hémorragie abondante 2 jours après le début des règles. Depuis, était de nouveau bien réglée, plutôt abondamment.

En décembre 1929, apparition d'un tremblement violent, nervosité, céphalée, insomnie. Sueurs, anorexie. En janvier 1930, apparition du goître. Pouls à 140, palpitations. Métabolisme : + 44 %. Amélioration passagère par le Lugol, mais son action s'épuise, et les troubles reprennent. Le goître est un peu plus gros à droite, assez mou, pulsatile. Il augmente légèrement pendant les règles. Regard brillant. Petites hémophysies, survenant surtout aux époques menstruelles. Signes cliniques et radiologiques de condensation du sommet droit. Cependant, pas de bacilles de Koch à l'examen direct ni par homogénéisation.

Le 23 février 1931, ablation de l'isthme et du lobe gauche : glande très vasculaire, périthyroïdite.

Le 7 mai 1931, hémithyroïdectomie droite : on trouve des zones très scléreuses et deux nodules adénomateux. Amélioration : le tremblement et la nervosité diminuent. Les règles restent encore douloureuses, et abondantes : 8-9 jours, mais elles ont cependant tendance à diminuer.

OBSERVATION XXV (D^r Welti)

M^{me} C..., 31 ans.

En décembre 1929, augmentation de volume du cou, changement de caractère, nervosité, agitation. Légère exophtalmie. Tremblement net. La thyroïde est surtout augmentée à droite, où il existe un souffle. Pouls 132. Amaigrissement, crises diarrhéiques. Sueurs. Les règles restent régulières, durent 4 jours, mais sont très abondantes. Métabolisme : + 27 %.

Le 28 mars 1930, ligature de la thyroïdienne supérieure droite, le 4 avril, de la thyroïdienne supérieure gauche. On trouve des veines artérialisées. Ligature en masse du pôle supérieur. Délire dans les jours suivants. Puis amélioration, la malade engraisse, est moins nerveuse. Le goître a diminué, puis il augmente un peu à nouveau, cette augmentation coïncide avec un arrêt des règles datant de la deuxième opération et qui a duré trois mois. Elles reparaissent, leur durée est de 2-3 jours, pendant lesquels le volume du goître diminue.

Le 5 août 1930, lobectomie gauche ; le 21 octobre, lobectomie droite. Guérison : l'exophtalmie disparaît, la nervosité

se calme, le pouls est à 100, la malade reprend du poids. Les règles demeurent normales.

Sur ces 25 malades :

7 ont eu des règles moins abondantes et durant moins longtemps (jusqu'à 1/2 journée seulement).

3 ont eu des règles non seulement diminuées mais irrégulières, avec des retards notables.

1 a eu des règles diminuées, mais avec une légère avance.

8 ont eu des périodes plus ou moins longues d'aménorrhée complète (jusqu'à 1 an) alternant avec des périodes de dysménorrhée.

1 a eu des règles normales, mais venant tous les 25 jours.

5 seulement ont eu, du moins pendant un certain temps, des règles augmentées en quantité et en durée (jusqu'à 9 jours) et venant soit à la date normale, soit en avance, ou même ininterrompues pendant 4 mois (obs. XXII).

2 de ces malades ont eu, soit avant (obs. XXIII) soit après (obs. XXV) cette période de ménorragies, une période d'aménorrhée (2 ans dans 1 cas, 3 mois dans l'autre) coïncidant avec une poussée d'hyperthyroïdisme.

Donc dans l'ensemble l'action du goître exophtalmique sur la menstruation est une action inhibitrice.

D'autre part la qualité du sang est parfois aussi modifiée, il est très clair dans certains cas, grisâtre ou noirâtre dans d'autres.

Chez plusieurs de ces malades, le volume du goître augmente pendant la période menstruelle, et les troubles fonctionnels s'accroissent. Chez une seule (obs. XXV) on a observé le phénomène inverse.

Enfin il faut noter l'action quasi-constante du traitement. Qu'il soit médical (hémato-éthéroïdine, Lugol, diodotyrosine), physique (diathermie ou radiothérapie sur la thyroïde) ou chirurgical, dès qu'il agit sur l'hyperthyroïdisme,

les troubles menstruels s'amendent ou disparaissent aussitôt, et pour ainsi dire dans la même mesure. Cela est tout à fait net dans les cas où, à chaque poussée basedowienne correspond un trouble des règles, et à chaque rémission, thérapeutique ou spontanée, un retour de la menstruation normale. Certaines malades même sont mieux réglées après le traitement du Basedow qu'elles ne l'avaient jamais été avant la maladie, et il arrive que les extraits ovariens deviennent efficaces, alors qu'auparavant ils n'avaient pas donné de résultat (obs. XV). Le traitement agit aussi bien sur les règles trop fréquentes et trop abondantes que sur les menstruations insuffisantes.

Enfin une de nos malades a eu un enfant à 39 ans, alors qu'elle était restée stérile jusque-là.

Au sujet du traitement diathermique, observons que les applications hypophysaires et ovariennes faites par le Docteur Ferrier complètent l'action de la diathermie thyroïdienne, tant sur les manifestations d'hyperthyroïdisme que sur les troubles menstruels.

Notons aussi que déjà, parmi ces malades chez qui l'hyperthyroïdisme paraît primitif, 2 ont de la rétroversion utérine, quelques-unes ont toujours eu des règles peu abondantes et de courte durée.

II. — HYPERTHYROÏDISME CONSÉCUTIF A DES TROUBLES OVARIENS OU A DES LÉSIONS UTÉRO-OVARIENNES

Passons maintenant aux cas où le goître exophtalmique apparaît chez des malades ayant déjà des troubles ovariens. Nous pouvons distinguer parmi ces observations :

Les cas d'insuffisance ovarienne de la puberté ;

Les cas d'insuffisance ovarienne chez les jeunes femmes, avec ou sans lésions génitales perceptibles ;

Les malades au moment ou aux approches de la ménopause naturelle ;

Les femmes qui ont subi une ménopause artificielle, chirurgicale ou radiothérapique.

A. Hyperthyroïdisme de la puberté

La puberté est l'époque de la vie où la maladie de Basedow peut faire sa première apparition, car elle ne se rencontre guère auparavant.

L'augmentation du volume et de l'activité de la thyroïde à cette période sont bien connues, mais elles peuvent s'exagérer dans certains cas. Vignes signale dans de nombreux cas des manifestations indéniables d'hyperthyroïdisme temporaire : nervosisme, tachycardie, sensation de fièvre sans hyperthermie, boulimie, tendance aux crises diarrhéiques, augmentation du métabolisme basal. Mais pour cet auteur la maladie de Basedow vraie se développe surtout chez des fillettes prédisposées aux affections thyroïdiennes, elle a le plus souvent une action inhibitrice sur la menstruation.

Traverso signale par contre des métrites hémorragiques de la puberté guéries par la diathermie thyroïdienne.

Voici quelques observations de syndrômes basedowiens de la puberté.

Observation de Maurin (résumée)

Jeune fille chez qui un goître est apparu vers l'époque de la puberté, et s'est progressivement basedowifié, en même temps que les règles diminuaient. Période d'aménorrhée de 5 mois. Pas de lésions génitales perceptibles. Pas de résultat avec l'hémato-éthyroïdine, les extraits ovariens et hypophysaires. Amélioration de tous les troubles à la fois par l'Agomensine.

OBSERVATION XXVI

M^{lle} C..., 19 ans.

Réglée à 15 ans, règles très peu abondantes, elles viennent parfois avec un léger retard.

En mars 1933, début par des palpitations, de l'essoufflement et un amaigrissement important. La malade, qui est petite et chétive, 1 m. 44, est arrivée à ne peser que 36 kilos. Thyroïde augmentée des deux côtés, consistance molle. Exophtalmie. Tremblement des paupières fermées, léger signe de Jellinek. Tremblement des extrémités. Pouls 100, réflexe oculo-cardiaque 76. Tension : 11-5. Métabolisme : + 10 %.

OBSERVATION XXVII

M^{lle} W..., 20 ans.

Son père a eu un goître (il est mort de lithiase rénale). Elle a eu de l'hypertrophie du thymus, traitée par la radiothérapie. Réglée à 15 ans, très irrégulièrement et peu abondamment. La diathermie a amélioré la menstruation.

A 16 ans, début du goître et de l'exophtalmie. Le corps thyroïde est très augmenté de volume et de consistance. Adénome dans le lobe gauche. Exophtalmie très intense, inoclusion des paupières, signes de de Graefe, de Möbius, du frontal et de Jellinek. Tremblement des paupières fermées. Nystagmus. Léger tremblement des mains. Pouls 104, réflexe oculo-cardiaque 90, tension 13-8. Dyspnée. Faciès bouffi, doigts soufflés. La malade est plutôt grasse, avec des périodes d'amaigrissement rapide. Intelligence lente, tendance à la tristesse. Gêne de la phonation et troubles de l'audition. Wassermann négatif.

Traitée par le Lugol et l'hormovarine : les règles deviennent plus abondantes et plus régulières.

Chez cette malade, coexistent évidemment des signes d'hyper et d'hypothyroïdie.

OBSERVATION XXVIII

M^{lle} L..., 23 ans.

Réglée à 14 ans. Règles peu abondantes, non douloureuses, 8 jours d'avance en général.

Vers 17 ans, a constaté l'existence d'un goître, qui n'a pas augmenté de volume depuis. Le corps thyroïde est volumineux, de consistance plus dure dans la région médiane et latérale gauche, il existe un noyau adénomateux dans le lobe gauche. Regard un peu brillant. Signe de Topolanski. Absence de plissement du frontal. Léger tremblement des paupières. Tremblement des extrémités. Palpitations. Pouls à 108. Réflexe oculo-cardiaque 116. Tension au Vaquez : 12-7. Emotivité. Amaigrissement. Chute des cheveux.

OBSERVATION XXIX

M^{lle} S..., 23 ans.

Origine israélite polonaise. A 10 ans, au moment de la puberté, apparition du goître, qui devient très gros, puis régresse incomplètement. Vers 1930, palpitations et modification du caractère, devient émotive, instable. Très légère exophtalmie. Secousses nystagmiques. Tremblement des paupières fermées. Léger signe de Jellinek. Thyroïde augmentée en masse. Pouls : 100. Réflexe oculo-cardiaque : 84. Tension : 11-7. Tremblement. Amaigrissement de 9 kilos en 2 ans.

Métabolisme : + 19 %. Règles irrégulières en date et en abondance, douloureuses.

OBSERVATION XXX

M^{lle} T..., 20 ans.

Mère morte bacillaire. Une tante a eu, à 14 ans, un petit goître, qui a disparu après un traitement iodé.

A 10 ans, apparition du goître, à la suite d'une grippe grave et d'une opération pour végétations adénoïdes. Trois mois après, débutent l'exophtalmie et les palpitations, les modifications du caractère : irritabilité. Traitement par l'iode et l'hémato-éthyroïdine. A 15 ans, traitement radiothérapique. A 16 ans, début des règles, peu abondantes.

En 1932, nouvelle poussée. Augmentation du goître : le lobe droit est gros et dur, le lobe gauche moins volumineux, mais encore plus dur. Exophtalmie très marquée, élargissement de la fente palpébrale. Signes de Topolanski, de Mœbius et du frontal. Tremblement des paupières fermées. Signe de Jel-

linek. Tremblement intense des extrémités. Tachycardie : 110. Tension : 16 1/2-8 1/2. Etat sub-fébrile. Troubles vasomoteurs. Amaigrissement. Métabolisme en février 1932 : + 41 %. Les règles sont devenues irrégulières, avec de grands retards, et très peu abondantes.

Le 10 mars 1932, opérée par le docteur Bloch : résection subtotale du lobe gauche. Ligature de la thyroïdienne inférieure droite. Résection partielle du lobe droit. La malade prend de l'extrait placentaire Inogyl.

Amélioration de l'état général, la malade engraisse, le tremblement et les palpitations disparaissent. Les règles redeviennent rapidement régulières et durent 5 jours au lieu de 3. Métabolisme : + 10 % en novembre 1932.

En 1933, le lobe droit augmente à nouveau, l'exophtalmie et le tremblement augmentent un peu. Métabolisme : + 21 %. Les règles sont moins abondantes.

OBSERVATION XXXI

M^{lle} D..., 16 ans 1/2.

Née avant terme, à 7 mois. Réglée à 13 ans, normalement. Mais un peu après 15 ans, les règles deviennent trop abondantes, durant 8 jours. Bientôt après, augmentation de la thyroïde, syndrome basedowien.

Diminution parallèle de l'hyperthyroïdie et de l'hyperovarie par l'hémato-éthyroïdine.

OBSERVATION XXXII

M^{lle} W..., 16 ans.

Née avant terme, réglée à 13 ans, règles très irrégulières. Opérée pour maladie de Basedow à 15 ans 1/2 par Rogers, à New-York : ligature et résection.

Après l'opération, engraisse de 9 kilos, le pouls se ralentit, le métabolisme redevient normal. Les règles deviennent régulières et très abondantes, durant 7 jours.

OBSERVATION XXXIII

M^{lle} F..., 16 ans.

Réglée à 14 ans, normalement au début. Mais bientôt les

règles manquent un mois, de temps en temps. Elles s'arrêtent entièrement en juillet 1931.

Peu de temps après, à l'occasion d'une angine, sensation de gêne au cou, puis développement d'un goître de la grosseur d'un œuf, tachycardie : 120, signes du frontal, de Möbius, de Jellinek, sensations de chaleur, nervosité, amaigrissement. Croissance rapide. Atrophie mammaire. Un traitement médical : hémato-éthéroïdine, ergostérine, chlorure de calcium, amène une amélioration des symptômes hyperthyroïdiens et en même temps la réapparition des règles.

Cependant les troubles n'étant pas entièrement supprimés, la malade est opérée par le docteur Welti à la fin de 1932 : ligature artérielle, puis ablation du goître. Guérison.

OBSERVATION XXXIV (D^r Welti)

M^{lle} M..., 21 ans.

Poussée basedowienne en 1924, au moment de l'apparition des règles, guérie par 14 séances de radiothérapie.

En 1926, récurrence. Palpitations intenses. Les règles ont tendance à devenir hémorragiques. Puis tout se calme. Nouvelle poussée en 1930, après une fraveur. En 1932, à nouveau. Les règles cessent de février jusqu'en août.

Opérée en deux temps par le docteur Welti : le 22 septembre 1932, lobectomie droite, le 10 avril 1933, lobectomie gauche partielle.

Depuis mai 1933, les règles reviennent, encore irrégulières et très peu abondantes, sous l'influence de l'opothérapie ovarienne, qui jusque-là était restée entièrement inefficace.

Sur nos 9 malades, le début de la menstruation a eu lieu :

- 1 fois à 10 ans
- 1 fois à 12 ans
- 2 fois à 13 ans
- 2 fois à 14 ans
- 2 fois à 15 ans
- 1 fois à 16 ans

Chez 7 d'entre elles, les règles étaient peu abondantes, et chez plusieurs, irrégulières, parfois même supprimées pendant quelques mois, comme chez la malade de Maurin. Chez plusieurs aussi, la menstruation était douloureuse. L'opothérapie ovarienne ou placentaire a donné de bons résultats chez 3 d'entre elles.

Une avait au contraire des règles abondantes, durant 8 jours (obs. XXXI) qui ont été diminuées par l'hémato-éthéroïdine en même temps que les phénomènes d'hyperthyroïdisme, et une autre (obs. XXXIV) a eu des ménorragies avant d'avoir de l'aménorrhée.

Mais ce qui frappe surtout, c'est que 2 de ces jeunes filles ont une hérédité pathologique à peu près certaine, l'une tuberculeuse (obs. XXX) et l'autre syphilitique (obs. XXVII). Celle-ci a présenté en outre de l'hypertrophie du thymus et des signes de myxoédème qui se sont d'ailleurs atténués. L'une et l'autre ont d'ailleurs des antécédents familiaux thyroïdiens.

Deux autres (obs. XXXI et XXXII) sont nées avant terme.

Une cinquième (obs. XXVI) est chétive et hypotrophique.

B. Hyperthyroïdisme consécutif à des troubles ovariens chez les femmes jeunes

Il s'agit de malades chez qui l'insuffisance ovarienne ou les lésions génitales préexistent à l'hyperthyroïdisme et paraissent le déterminer ou le favoriser.

Parmi les malades de Gardiner Hill, 21 % avaient une menstruation insuffisante avant l'apparition du syndrome basedowien.

Sainton et Delestre ont montré la fréquence des lésions utéro-ovariennes antérieures au début du goître exophtalmique.

Sainton et Delherm, Parisot, Tilmant, etc... ont noté l'heureux effet de l'opothérapie ovarienne sur l'hyperthyroïdisme aussi bien que sur les troubles menstruels, dans les cas où ceux-ci sont à l'origine du syndrome basedowien.

Coulaud a obtenu des résultats, incomplets il est vrai, même dans les cas où l'insuffisance ou les lésions ovariennes ne paraissaient pas évidentes.

OBSERVATION XXXV

M^{lle} Le S..., 33 ans.

Réglée à 15 ans, les règles viennent toutes les 3 semaines, très douloureuses au début, alternativement abondantes, durant 3 jours, et très peu abondantes. Pas d'enfants. Rien de particulier à l'examen gynécologique.

Le goître existe depuis longtemps, mais les malaises ne sont apparus que depuis 6 ou 7 ans. Goître assez volumineux, mou. Troubles vaso-moteurs de la région. Pas d'exophtalmie, mais absence de contraction du frontal, tremblement des paupières. tremblement des extrémités, augmenté par l'émotion. Pouls très variable, tension 13-9. Sensations de chaleur par moments. Amaigrissement. Irritabilité. Métabolisme : + 37 %.

Le goître augmente de volume et l'exophtalmie s'accroît au moment des règles.

OBSERVATION XXXVI

M^{lle} C..., 27 ans. Originnaire de l'Aisne.

Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement, mais peu abondamment. A l'âge de 17 ans, elle a eu la chorée, qui a duré 10 mois. Pendant ce temps, les règles étaient complètement supprimées. A la suite de cette chorée, sensations d'étouffement et augmentation de volume du cou, qui s'est maintenue depuis. L'augmentation porte surtout sur le lobe droit, pas de noyaux, consistance normale, pulsations transmises. La voix est enrouée depuis 10 ans. Pas de signes oculaires, sauf le tremblement des paupières fermées. Léger tremblement des mains.

Pouls à 120, tension 13-7 1/2. Pas d'amaigrissement notable. Nervosité, irritabilité.

Crises d'étouffement aux périodes menstruelles, toujours nocturnes, avec sensation de compression du cou augmentée par le simple frôlement d'un drap.

OBSERVATION XXXVII

M^{lle} R., 28 ans, originaire de Coulommiers.

Assez brusquement, en 1927, disparition des règles. Augmentation de volume de la thyroïde, à peu près uniforme, exophtalmie. Amélioration très marquée par le Lugol. Depuis, alternatives d'accentuation et de diminution de l'hyperthyroïdisme.

La malade a eu deux fois des crises convulsives, à 6 mois d'intervalle ; l'une d'elles s'est terminée par une miction involontaire.

Actuellement elle est nerveuse, irritable, fatiguée. La thyroïde, assez volumineuse, plonge un peu. Signes de Jellinek et du frontal. Tremblement léger. Pouls variable, jusqu'à 120, cœur éréthique, tension 13 1/2-7 1/2.

Les règles sont régulières, mais peu abondantes, ne durant qu'un jour.

La malade est de petite taille, elle a de l'asymétrie faciale, le nez aplati. Le sein gauche est moins développé que le droit. Tendance à la cyanose des extrémités. Incurvation des fémurs en parenthèse. La malade, issue d'une grossesse gémellaire, a marché tard. Wassermann négatif.

Une de ses tantes, du côté maternel, est de petite taille et a un goître.

OBSERVATION XXXVIII

M^{me} V..., 27 ans.

Réglée à 14 ans. Mariée à 22 ans. Moins bien réglée depuis son mariage. Séjour à New-York, souffre du dépaysement, s'ennuie. Développement d'une maladie de Basedow, avec tachycardie à 120, tremblement. Mèche blanche basedowienne.

Les règles sont encore moins abondantes qu'auparavant.

OBSERVATION XXXIX

M^{me} P..., 21 ans.

A toujours été insuffisamment réglée.

Trois semaines après l'appendicectomie, apparition d'un Basedow typique : augmentation du corps thyroïde, palpitations, pouls à 120, éclat du regard, amaigrissement. Les règles deviennent très irrégulières, espacées et très peu abondantes.

OBSERVATION XL

M^{me} M..., 36 ans. Originaire de l'Aisne, région à goîtres.

Réglée à 12 ans. Au début, règles hémorragiques. Puis elles deviennent irrégulières, finissent par ne venir que de 5 à 8 fois par an, elles durent 3 jours, et sont d'abondance normale. A 33 ans, augmentation de volume de la thyroïde, syndrome basedowien. La radiothérapie reste sans effet.

Après ligature artérielle, amélioration notable. Les règles redeviennent normales. L'amélioration est encore accentuée après le deuxième temps opératoire : thyroïdectomie.

OBSERVATION XLI

M^{me} B..., 46 ans.

Règles diminuées depuis 11 ans. Il y a 8 ans, apparition d'un adénome kystique avec tachycardie, tremblement, nervosité. Amélioration par un traitement sédatif, mais les règles restent peu abondantes.

L'adénome est extirpé en mai 1933. Diminution de la tachycardie, du tremblement, la malade engraisse de 7 kilos. Les règles deviennent plus abondantes.

OBSERVATION XLII

M^{me} B..., 34 ans.

Réglée à 13 ans, de façon régulière, abondance moyenne. Pas d'enfant ni de fausse couche. Depuis un an, pertes blanches abondantes, qui augmenteraient à l'occasion des énervements.

Vers la même époque apparition d'un nervosisme excessif : irritabilité, crises de larmes. Thyroïde augmentée de volume,

surtout le lobe droit, avec présence d'un petit noyau à droite. Signe de Marañon. Regard un peu tragique. Légère difficulté de la convergence. Instabilité oculaire. Pas de tremblement. Pouls : 76. Tension : 12-7 1/2. Anémie marquée. Sensation de chaleur habituelle. Métabolisme : + 12 %.

A l'examen gynécologique : utérus rétroversé et dévié à gauche, nettement scléreux.

OBSERVATION XLIII

M^{lle} D., 25 ans.

Réglée à 14 ans, normalement. Seulement un peu de nervosité au moment des règles.

En 1930, une fausse couche, suivie d'une forte métrite. Les règles diminuent d'abondance, ne durent plus que 2 jours. C'est à cette époque que débutent les symptômes basedowiens. En août-septembre 1930, amélioration de la métrite, l'état nerveux et général s'améliore en même temps.

En avril 1931, opérée pour rétroversion et appendicite. En 1932, les douleurs reprennent dans le côté gauche du ventre, accompagnées de pertes. Les troubles s'accroissent en même temps : légère augmentation de volume du corps thyroïde, tremblement intense, augmenté par les émotions. Tachycardie : 105, tension : 16-11. Légère exophtalmie, signe du frontal, nystagmus léger du côté gauche, signe de Jellinek. Sudation abondante. Nervosité excessive.

L'examen gynécologique montre de la métrite endo-cervicale, et une salpingite double, surtout marquée du côté gauche. Absence de gonocoques dans les prélèvements.

OBSERVATION XLIV

M^{me} V..., 29 ans.

Réglée à 15 ans, régulièrement, abondance moyenne, mais les règles sont douloureuses. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Depuis 5 ans, métrite et salpingite bilatérale. La malade a commencé à avoir des palpitations, des bouffées de chaleur, elle est devenue nerveuse, souffrant de céphalée et d'insomnie. Puis le corps thyroïde a légèrement augmenté de volume. Légère exophtalmie, nystagmus, signe de Jellinek, tremble-

ment des paupières et des extrémités. Pouls variable. Légère cyanose des mains. Chute des cheveux. Adénopathie cervicale. Amaigrissement. Métabolisme : + 39 % en juin 1931. Après traitement par l'hémato-éthyroïdine, il tombe à + 8,5 % en novembre 1932.

La malade a eu une tante qui avait un gros goître, morte de tuberculose.

OBSERVATION XLV

M^{me} L., 40 ans.

A toujours eu des règles peu abondantes. Un enfant de 11 ans. Une fausse couche provoquée de 2 mois, il y a 5 ans, suivie d'une salpingite, qui a été améliorée par le propidon et les injections. Depuis, les règles sont très peu abondantes, à peine quelques gouttes.

En janvier 1932, augmentation de volume de la thyroïde, exophtalmie, plus marquée à droite. Retard de la contraction du frontal. Nystagmus dans les positions extrêmes, tremblement des paupières fermées. Léger tremblement des extrémités. Pouls à 128, instable. Réflexe oculo-cardiaque : 72. Tension : 13 1/2-9. Palpitations surtout avant les règles. Nervosité, troubles de la mémoire, également plus marqués au moment des règles. Celles-ci sont très espacées depuis un an. L'examen gynécologique montre un col gros, des culs-de-sac douloureux, surtout le droit. Pertes jaune verdâtre.

Amélioration par les injections (traitement de Luxeuil). En même temps, la malade prend de l'hémato-éthyroïdine. Elle engraisse. Le métabolisme passe de + 50 % en janvier 1932 à + 24 % en mai et + 21 % en octobre.

OBSERVATION XLVI

M^{me} M., 40 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement, mais peu abondamment. Une fausse couche de 3 mois. Pas d'autre grossesse, bien que la malade ait désiré avoir des enfants. A commencé à avoir des cheveux gris à l'âge de 30 ans.

En 1932, à la suite d'une forte contrariété, augmentation de volume du côté droit du cou, avec sensation de constriction. Le lobe droit est irrégulier, avec des adénomes multi-

ples. Signe de Marañon. Pas d'exophtalmie. Signe du frontal, tremblement des paupières fermées, léger nystagmus latéral provoqué. Léger strabisme divergent de l'œil droit. Tremblement des extrémités. Palpitations : 100. Amaigrissement : 4 kilos en un an. Métabolisme : + 21 %. Wassermann négatif. A l'examen gynécologique : utérus un peu scléreux.

Une sœur atteinte de Basedow léger, ayant également commencé à blanchir à l'âge de 30 ans. Leur père avait les cheveux tout blancs à 20 ans.

OBSERVATION XLVII

M^{me} T..., 35 ans.

Réglée à 11 ans. Un enfant de 11 ans. A subi, en 1929, une opération pour salpingite : ablation de l'ovaire gauche, des deux trompes et de l'appendice. Depuis, les règles, qui viennent plutôt en avance, ne durent que 2 jours et sont très peu abondantes, de couleur chocolat.

En janvier 1932, pyélonéphrite du rein droit. Aussitôt après, apparition d'un goître, portant surtout sur le lobe droit, de consistance ferme. Tremblement, Exophtalmie, éclat du regard, léger tremblement des paupières fermées, retard de la contraction du frontal, nystagmus. Tachycardie : 112. Tension : 15-8. Palpitations, dyspnée d'effort, bouffées de chaleur.

OBSERVATION XLVIII (D^r Welti)

M^{lle} M..., 46 ans.

Était bien réglée. Vers 1918, début de l'augmentation de volume du cou. En 1919, les règles deviennent plus abondantes, jusqu'au moment où la malade est opérée d'un kyste de l'ovaire gauche. Les règles redeviennent alors normales.

En mars 1926, à la suite d'émotions répétées, apparaissent le tremblement, avec faiblesse des jambes, et les palpitations, puis le cou augmente encore, on remarque l'exophtalmie avec inoclusion des paupières, le tout en une huitaine de jours.

En octobre 1926, les règles disparaissent complètement. Nouvelle poussée basedowienne en mars 1927 : irritabilité, troubles de l'attention et de la mémoire. Vomissements allant jusqu'à l'intolérance gastrique absolue. A ce moment, l'exoph-

talmie est très marquée, avec nystagmus, tremblement et inocclusion des paupières. Corps thyroïde gros, ferme, avec thrill et souffle systolique, hyperesthésie de la région. Pouls à 130-140. Tremblement très intense. Bouffées de chaleur, sueurs profuses. Amaigrissement de 9 kilos. Troubles des phanères, portant sur les ongles, les cheveux, chute complète des poils axillaires.

Le Docteur Welti pratique, le 16 janvier 1928, la ligature de la thyroïdienne supérieure droite ; le 26 janvier, celle de la thyroïdienne supérieure gauche ; le 13 mars, lobectomie droite ; le 4 juin, lobectomie gauche. Disparition progressive de tous les troubles, reprise de poids. Depuis mai 1929, les règles sont revenues et restent normales depuis. En avril 1930 apparaît du dérobement des jambes, qui est supprimé par l'ergostérine irradiée.

Sur ces 14 malades, 4 étaient atteintes de métrite avec salpingite, antérieurement à l'apparition du Basedow, l'une d'entre elles (obs. XLVII) a même subi une ovariectomie unilatérale. Une autre (obs. XLVIII) a été opérée d'un kyste de l'ovaire. Une autre a un utérus scléreux et n'a eu qu'une seule grossesse, avec avortement à 3 mois, malgré son désir d'avoir des enfants (obs. XLVI). Une autre encore a de la rétroversion et de la sclérose utérines (obs. XLII). Donc 7 de ces malades présentaient des lésions génitales certaines.

Parmi les 7 autres, une a d'abord eu des ménorragies, puis ses règles sont devenues irrégulières et espacées, quoique d'abondance normale (obs. XL).

Toutes les autres ont présenté au moins à certaines périodes une diminution de l'abondance des règles, et même de l'aménorrhée (obs. XXXVI et XXXVII) antérieurement au développement de la maladie de Basedow.

Une d'entre elles (obs. XXXVIII) a vu l'abondance de ses règles diminuer à la suite de son mariage, fait qui est considéré comme une manifestation de débilité ovarienne (Dalché).

Deux malades présentent des cas typiques d'hyperthyroïdisme cataménial (obs. XXXV et XXXVI).

En somme, bien que des causes occasionnelles aient pu intervenir dans le déclenchement de l'hyperthyroïdisme, celui-ci paraît bien en rapport avec le trouble génital, et il réagit à son tour sur lui en l'exagérant.

Le traitement du goître améliore la fonction menstruelle, celui de la lésion génitale atténue le syndrome basedowien.

3 de ces malades avaient des antécédents familiaux de goître ou même de Basedow, 2 autres étaient originaires d'une région goîtrigène.

C. Hyperthyroïdisme de la ménopause spontanée

La fréquence du goître exophtalmique aux environs de la ménopause a été maintes fois remarquée, de même que l'analogie entre certains troubles qui se manifestent à cette période et les symptômes de l'hyperthyroïdisme.

Un tiers des basedowiennes observées par Gardiner Hill étaient aux environs de la ménopause.

Pour Marañon, tandis que chez les jeunes femmes l'insuffisance ovarienne s'associe habituellement à une insuffisance thyroïdienne, à la ménopause elle s'associe presque toujours à l'hyperthyroïdisme. Celui-ci apparaît soit avant les troubles de la menstruation, soit pendant, soit à la fin de la ménopause. Il se caractérise surtout par des troubles cardiaques : tachycardie paroxystique, arythmie, hypertension, par des troubles vaso-moteurs et par des troubles psychiques pouvant aboutir à la mélancolie ou aux états cyclothymiques.

Pour Vinay, la maladie de Basedow déjà existante avant la ménopause s'aggrave le plus souvent à ce moment.

Borak, cité par Vignes, a obtenu la suppression des ma-

laisses de la ménopause par la radiothérapie sur la thyroïde dans les cas où ils étaient accompagnée d'amaigrissement. Dans les cas où il y avait au contraire tendance à l'obésité, c'est la radiothérapie sur l'hypophyse qui donne des résultats.

OBSERVATION XLIX

M^{lle} B..., 42 ans.

Réglée à 11 ans, régulièrement, toujours peu abondamment, durée : 2 jours. Au début de 1931, les règles deviennent moins régulières, avançant parfois de 8 jours, durée plus longue : 6 jours. A partir de décembre 1931, elles disparaissent (une seule fois quelques gouttes).

En février 1932, apparition du goître, volumineux, dur, surtout à droite, avec des noyaux multiples. Signe de Marañon. Exophtalmie très marquée. Elargissement de la fente palpébrale du côté gauche, avec éclat du regard plus intense de ce côté. Léger retard de la contraction du frontal. Instabilité oculaire. Sourcils rares dans leur partie externe. Canitie généralisée. Tendance à la pigmentation : sur le cou, sur le ventre. Tremblement. Tachycardie : 102. Tension : 13-6. Œdème palpébral et malléolaire par moments. Bouffées de chaleur. Thermophobie. Nervosité, crises de larmes, hyperactivité. Anorexie, amaigrissement. Métabolisme : + 21 %.

Opérée le 21 avril 1932 par le Docteur Bloch : ablation de plusieurs adénomes du lobe droit. Poussée momentanée après l'opération, métabolisme : + 71 % en mai. Cependant les règles reviennent le 27 mai, peu abondantes, mais durent 4 jours. Elles reviennent le 27 juin, un peu plus abondantes, et durent 6 jours, et depuis elles continuent à venir régulièrement. D'ailleurs, dès juillet 1932, grosse amélioration : la malade engraisse, les palpitations et l'exophtalmie diminuent. Le traitement par l'hémato-éthyroïdine accentue l'amélioration. En octobre, pouls : 65. Métabolisme : + 15 %.

Examen gynécologique : la malade est vierge, le toucher rectal permet de sentir l'utérus gros et dur, il paraît fibromateux.

OBSERVATION L

M^{me} J., 45 ans.

Était bien réglée. 2 enfants, pas de fausse couche.

A partir de 1930, amaigrissement notable, la malade, qui est grande, 1 m. 74, est arrivée à peser 49 kilos. Son caractère devient irritable. Le corps thyroïde augmente de volume, sa consistance reste normale. Exophtalmie intense, plus marquée à gauche. Regard tragique. Elargissement de la fente palpébrale. Secousses nystagmiques en position extrême. Signe du frontal. Tremblement. Palpitations, avec crises de tachycardie paroxystique, pouls : 130. Tension : 16 1/2-13 1/2. Battements des carotides. Sensation permanente de chaleur, troubles vaso-moteurs. Métabolisme : + 62 % en janvier 1932. Les règles ont cessé depuis septembre 1931, et les malaises se sont accentués depuis ce moment.

Après 6 séances de radiothérapie sur la thyroïde, amélioration, reprise de 5 kilos 1/2. Les règles reviennent une fois, en février. En avril, métabolisme : + 40 %. Traitement par l'hémato-éthyroïdine. Nouvelle amélioration, seule l'exophtalmie ne régresse pas. Les règles reviennent en décembre 1932, normales, puis 28 jours après, moins abondantes. (La malade a eu une grippe dans l'intervalle, l'état général est moins bon, amaigrissement.) Depuis, elles continuent à venir régulièrement.

Examen gynécologique : utérus fibromateux.

OBSERVATION LI

M^{me} D..., 52 ans.

Réglée à 13 ans, les règles étaient régulières et abondantes, durée : 5-6 jours. 2 enfants bien portants. Pas de fausse couche. Les règles ont commencé à s'espacer en 1931, manquant même complètement pendant 4 mois.

Vers la fin de 1931, début du goître : corps thyroïde augmenté de volume principalement du côté droit, consistance dure et presque cartilagineuse. Le lobe gauche est seulement un peu sensible à la palpation. Exophtalmie, plus marquée à droite. Elargissement de la fente palpébrale, légers signes de de Graefe, de Mœbius et de Jellinek. Légères secousses nystagmiques. Tremblement des extrémités. Palpitations, dysp-

née d'effort. Pouls : 124. Réflexe oculo-cardiaque : 130. Tension : 17-9. Chute des cheveux. La malade, qui a toujours été très nerveuse, est devenue encore plus émotive et irascible, elle souffre d'insomnie. Amaigrissement important.

Depuis le début de 1932, les règles ont complètement cessé. L'examen montre l'utérus gros et dur, nettement fibromateux.

OBSERVATION LII

M^{me} R..., 56 ans.

Basedow ayant débuté à la ménopause, à 50 ans. Goître de consistance élastique, exophtalmie légère, palpitations, dyspnée d'effort. Métabolisme : + 34 %.

Traitement par la diathermie thyroïdienne et les extraits ovariens. Grosse amélioration : le goître diminue, les étouffements disparaissent.

OBSERVATION LIII

M^{me} L..., 56 ans.

Ménopause à 49 ans. Le goître a débuté un peu auparavant, mais sans troubles fonctionnels nets, sauf de l'amaigrissement. En 1932, nouvelle augmentation de volume du corps thyroïde, surtout du lobe gauche. On sent une masse dure dans la région médiane. Troubles vaso-moteurs de la région thyroïdienne. Pas de signes oculaires. Tremblement. Palpitations, pouls : 92, tension : 17-8. Bouffées de chaleur. Nervosité, irritabilité. La malade présente un léger degré de lipodystrophie : la partie inférieure du corps est beaucoup plus grasse que la partie supérieure.

Traitement par la diathermie thyroïdienne et hypophysaire (Docteur Ferrier). Amélioration, surtout de l'état nerveux.

OBSERVATION LIV

M^{me} D..., 44 ans.

Réglée à 14 ans, normalement, assez abondamment. Au début de 1933, augmentation de volume du cou : adénome kystique du côté droit, adénome diffus du côté gauche. Pouls : 112. Tremblement.

Deux ou trois mois après le début des symptômes thyroïdiens, les règles deviennent moins abondantes.

Amélioration de tous les troubles par l'ingestion d'extraits ovariens.

OBSERVATION LV

M^{me} B..., 48 ans.

Ménopause à 45 ans. En même temps que les premiers troubles des règles, apparition d'un goître avec exophtalmie unilatérale, tachycardie, diarrhée, amaigrissement.

La malade a une paralysie du droit supérieur de l'œil gauche.

OBSERVATION LVI

M^{me} B..., 53 ans.

Début de la maladie vers novembre 1929, quelques mois après la ménopause, par des palpitations. Puis apparaissent le goître, régulier, de consistance ferme, sans noyaux, et l'exophtalmie très marquée. Signes du frontal et de Mœbius. Nystagmus. Tremblement léger des extrémités. Pouls : 100, tension : 19-9. Il existe un souffle diastolique au foyer aortique. Bouffées de chaleur. La malade a maigri de 20 kilos. En 1931 apparition d'un diabète qui est d'ailleurs amélioré par le régime.

Wassermann négatif.

OBSERVATION LVII (D^r Welti)

M^{me} J..., 51 ans.

Avait toujours été bien réglée. Mariée à 18 ans. Un enfant né à terme, mort d'accident. Un né à 8 mois, mort à 8 jours d'une pneumonie ? A 25 ans, une fille, qui est morte. A 27 ans, une autre, actuellement bien portante. 5 fausses couches. Crises d'épilepsie généralisée entre 15 et 21 ans. Wassermann négatif.

Le 30 novembre 1929, au moment de ses règles, la malade ressent des malaises : bouffées de chaleur, sudation. Sur le conseil d'un médecin, elle prend quelques jours plus tard des cachets contenant de l'ovaire, de la thyroïde et de l'hypophyse.

Aussitôt se déclanche un syndrome basedowien : palpitations, pouls à 120, asthénie, névralgies diffuses. Le corps thyroïde est peu augmenté, les deux lobes également, ils sont lisses et fermes. Peu d'exophtalmie. Tremblement assez net. Amaigrissement de 13 kilos. Métabolisme : + 112 %. Depuis le début des accidents, les règles n'ont plus jamais reparu.

Le 15 avril 1930, thyroïdectomie subtotale. Il existe de la périthyroïdite.

Guérison rapide : la malade engraisse de 15 kilos, pouls à 78, métabolisme normal.

OBSERVATION LVIII (D^r Welti)

M^{me} G., 49 ans.

Réglée à 11 ans, normalement. Un fils de 27 ans. Ménopause en 1930.

En 1931, augmentation de volume du cou, légère exophtalmie. Amaigrissement de 8 kilos. Bouffées de chaleur, insomnie, nervosité. Mémoire très affaiblie.

Opérée en deux temps : décembre 1932 et mai 1933.

A engraisé dès la première opération. Depuis la deuxième, se sent très bien.

OBSERVATION LIX (D^r Welti)

M^{me} L..., 43 ans.

Réglée à 15 ans, un accouchement prématuré à 6 mois 1/2. (enfant mort-né), un enfant de 20 ans, bien portant.

Les règles sont devenues irrégulières depuis 2 ans. Vers la même époque, début du goître. Exophtalmie, signes du frontal, de Möbius et de Jellinek. Palpitations, tremblement. Nervosité, idées noires, insomnie. Certains mois, les règles manquent complètement. Bouffées de chaleur fréquentes.

Opérée en deux temps, fin 1931 et 1932.

Depuis, les règles sont plus régulières, quoiqu'il y ait encore des retards. L'exophtalmie a diminué, la nervosité et les palpitations se sont calmées.

OBSERVATION LX (D^r Welti)

M^{me} R..., 47 ans.

Réglée à 13 ans 1/2. Une fille de 23 ans. Une fausse couche de 3 mois.

Depuis 2 ans, les règles ont diminué, ne durant plus qu'un jour. En même temps, début des malaises. Le goître est apparu vers février 1932. Palpitations, tremblement très intense. Pas d'exophtalmie. Nervosité. Diarrhée. Amaigrissement.

Opérée le 16 mai 1933 : atténuation de tous les troubles. Reprise de poids. Les règles persistent sans changement.

OBSERVATION LXI (D^r Welti)

M^{lle} L..., 54 ans.

Bien réglée jusqu'en 1922, où les règles commencent à diminuer, elles manquent pendant 5 mois. Le Basedow débute à ce moment. Le Lugol et la radiothérapie ne donnent que des améliorations passagères. En 1927, les règles cessent définitivement, la malade recommence à maigrir. L'exophtalmie apparaît. En 1930, la malade est arrivée à une maigreur extrême, pouls à 130, arythmie complète, tremblement. Diarrhée. Etat subfébrile. Agitation.

Le 14 novembre 1930, hémiathyroïdectomie gauche avec ablation de l'isthme. Etat subdélirant et arythmie dans les jours suivants. Dès le début de 1931, la malade engraisse, son pouls se calme, tous les troubles disparaissent.

OBSERVATION LXII (D^r Welti)

M^{me} H..., 40 ans.

Originaire de l'Ain, région à goîtres.

Réglée à 14-15 ans, normalement. A eu une petite fille morte à 8 mois, sans doute à cause d'un grippe.

Depuis un an, les règles sont devenues irrégulières, venant plutôt en avance, d'abondance très variable, et accompagnées de douleurs dans les reins.

En même temps, elle a remarqué une petite grosseur à son cou. Apparition du tremblement, nervosité, palpitations : 92. Regard brillant. Amaigrissement de 3-4 kilos.

Amélioration par le Lugol, mais les troubles des règles persistent.

OBSERVATION LXIII (D^r Welti)

M^{me} M..., 47 ans. Originaire d'Italie (Trentin), région à goîtres. Il n'y en a pas dans la famille.

Mariée à 28 ans, 5 enfants.

En 1927, apparition du goître, qui grossit au moment des règles. Puis nervosité, palpitations, essoufflement. Les règles deviennent moins abondantes.

En 1930, ménopause. A ce moment se produit une poussée, avec diarrhée et amaigrissement. Amélioration par le Lugol. Mais le cou continue à augmenter, le corps thyroïde est élastique, homogène, animé de battements. Regard brillant, un peu fixe. Pouls à 125. Parfois arythmie, extrasystoles. Caractère irascible. Fatigabilité extrême. Sueurs abondantes. Amaigrissement. Métabolisme : + 56 %.

Opérée en 2 temps, le 23 juin 1931, hémithyroïdectomie droite, suivie d'une amélioration marquée.

Le 29 septembre 1931, lobectomie gauche. Guérison complète.

OBSERVATION LXIV (D^r Welti)

M^{me} A..., 46 ans, originaire de Turin.

Réglée à 13 ans. Deux enfants, un mort en bas âge, un de 19 ans, en bonne santé. A partir de 30 ans, les règles s'espacent : 1 mois sur 2, elles disparaissent complètement à 37 ans.

En 1931, fatigue, nervosité et même troubles psychiques, crises de larmes. Augmentation de volume du corps thyroïde, surtout à droite, avec hyperesthésie cutanée de la région.

Exophtalmie marquée, regard fixe. Tremblement. Pouls à 120, arythmie complète, bruit de galop, œdème malléolaire. Bouffées de chaleur, sueurs abondantes, souvent 38° le soir. Anorexie, vomissements, amaigrissement rapide. Améliorations passagères par l'iode et le gardenal. Métabolisme : + 38 % en décembre 1931.

Le 19 décembre 1931, thyroïdectomie subtotal, montre une thyroïde scléreuse, avec périthyroïdite. Amélioration rapide :

le système nerveux et le cœur se calment. Reprend 15 kilos. L'exophtalmie disparaît. En 1933, poulx à 76.

OBSERVATION LXV (D^r Welti)

M^{me} J..., 42 ans. Originaire de Châtellerault, région à goîtres.

Réglée à 15 ans, règles douloureuses, mais normales comme périodicité et abondance, jusqu'à ces dernières années, où elles ont diminué. Pas d'enfants.

En 1932, apparaissent des malaises : palpitations, énervement, bouffées de chaleur. Amaigrissement. En décembre 1932, la malade remarque le goître, développé sur le lobe droit. Le regard devient plus brillant, sans exophtalmie. Léger subcité des conjonctives, foie sensible à la palpation.

Opérée le 1^{er} avril 1933. Depuis elle engraisse et se sent mieux. Les règles sont devenues un peu plus abondantes.

OBSERVATION LXVI (D^r Welti)

M^{me} B..., 46 ans. Originaire de Bourbonne (eaux calcaires).

Sa grand'mère avait un goître. Elle-même a toujours eu un goître. Ménopause en 1928, à 41 ans.

En 1930, devient très irritable, a des colères folles. Maigrît de 15 kilos en quelques mois. Palpitations, essoufflement. Tachycardie paroxystique. Pas d'exophtalmie. Tremblement marqué. Diarrhée.

Le 27 avril 1931, hémithyroïdectomie gauche. Amélioration.

Le 6 août 1931, ablation de l'isthme et du lobe droit, qui est scléreux, avec 2 petits adénomes colloïdes. Guérison rapide, la malade reprend 20 kilos.

OBSERVATION LXVII

M^{me} C..., 45 ans. Originaire du Tarn-et-Garonne.

Était bien réglée jusqu'en 1932, où les règles ont commencé à devenir irrégulières, avec des retards importants.

A la fin de 1932, augmentation de volume du cou, qui a atteint son volume actuel en 2 mois. L'augmentation porte

surtout sur le lobe gauche, irrégulier et dur, présentant de nombreux noyaux. Exophtalmie légère, éclat du regard, léger signe de de Graefe, secousses nystagmiques. Signe de Jellinek. Tremblement des paupières fermées, tremblement intense des extrémités. Pouls : 136. Réflexe oculo-cardiaque : 132. Tension : 14-6. Amaigrissement. Irritabilité. Métabolisme : + 29 %.

OBSERVATION LXVIII

M^{me} B..., 50 ans.

Était bien réglée. 2 enfants bien portants. Néphrite gravidique à la 2^{me} grossesse, il y a 20 ans.

La malade a commencé à avoir des cheveux blancs à ce moment (elle avait 30 ans) et cette canitie précoce correspond sans doute à une première poussée basedowienne. Il y a 2 ans, les règles commencent à venir tous les 15 jours, mais deviennent très peu abondantes. Puis elles disparaissent pendant 3 mois. Le goître apparaît au début de 1932, de consistance dure, ligneuse, le lobe droit est presque calcifié, il existe des noyaux du côté gauche. Au bout de quelques mois apparaissent le tremblement et les palpitations. Pouls: 100. Bouffées de chaleur. Les cheveux tombent en grande quantité. Métabolisme : + 30 %. Les règles sont revenues, mais très peu abondantes.

OBSERVATION LXIX

M^{me} L..., 47 ans.

Mère de la malade de l'obs. I. Elle a un petit adénome thyroïdien du côté gauche, qui a, paraît-il, toujours existé.

Réglée à 14 ans, très peu abondamment au début, parfois retard de 3 mois. Elle a eu 3 enfants : une fille venue à 6 mois, mort-née, un fils né à 7 mois, actuellement bien portant, et une fille de 25 ans, née à terme (obs. I). Une fausse couche de 4 mois.

Elle a toujours été très nerveuse, surtout au moment des règles. Opérée d'une mastoïdite en 1931. A cette époque, les règles ont disparu (seulement une fois quelques gouttes). Depuis, la nervosité s'est accentuée, elle a des palpitations, des

bouffées de chaleur, du tremblement. Pas d'exophtalmie, mais signe de Jellinek très net. Wassermann négatif chez la mère et la fille.

OBSERVATION LXX

M^{me} L..., 51 ans.

Etait réglée normalement. 3 enfants. A la ménopause, apparition d'un syndrome basedowien : augmentation de volume de la thyroïde, palpitations, pouls : 106, tremblement, bouffées de chaleur, émotivité, amaigrissement, chute des cheveux. Traitée avec succès par la radiothérapie.

Le père de la malade avait les sclérotiques bleues. Un de ses fils, âgé de 24 ans, a eu 7 fractures spontanées.

OBSERVATION LXXI

M^{me} M..., 50 ans.

Cheveux blancs à partir de l'âge de 30 ans.

En 1926, apparaît un adénome kystique du côté gauche.

En 1933, à l'époque de la ménopause, signes d'hyperthyroïdisme : tachy-arythmie, éclat du regard, signe de de Graefe, sensations de chaleur, instabilité nerveuse, activité excessive avec agitation.

A l'examen gynécologique : utérus fibromateux.

OBSERVATION LXXII

M^{me} D..., 45 ans.

Goître exophtalmique à 22 ans, traité par l'électricité et le salicylate.

A l'occasion de la ménopause, reprise d'un léger syndrome d'hyperthyroïdie.

Nous voyons que le début de l'hyperthyroïdisme se produit à un moment variable par rapport à celui des troubles menstruels, le plus souvent un peu après.

Une observation particulièrement significative est celle de cette malade qui, au moment de ses règles, ressent des

malaises ne se distinguant en rien des troubles banaux de la ménopause. Sous l'influence d'une dose minime d'extrait thyroïdien, le symptôme basedowien apparaît brusquement. Les règles ne se reproduisent plus jamais. Cette malade était évidemment en imminence d'hyperthyroïdisme au même moment où se préparait sa ménopause, et le léger surcroît d'hormone thyroïdienne qui lui a été apporté par l'ingestion des cachets a suffi à déclencher les troubles.

Chez plusieurs malades dont la ménopause paraissait définitive, le traitement du goître exophtalmique a fait reparaître les règles.

Chez deux autres l'opothérapie ovarienne a amélioré le Basedow (obs. LII et LIV).

Deux malades avaient déjà présenté soit une poussée basedowienne (obs. LXXII) soit des signes légers d'hyperthyroïdisme (obs. LXXI). 2 autres étaient déjà porteuses d'un goître qui s'est basedowifié à l'occasion de la ménopause (obs. LXVI et LXIX). Six autres sont originaires de régions goîtrigènes, parmi elles nous trouvons 3 adénomes toxiques et 3 Basedow typiques.

Sur les 14 autres, il y a 11 Basedow et 3 adénomes.

Rappelons que chez une malade déjà citée dans un autre chapitre la ménopause a provoqué une nouvelle poussée basedowienne (obs. V).

D. Hyperthyroïdisme au cours de la ménopause chirurgicale ou radiothérapique

L'action de la castration sur la thyroïde et sur la maladie de Basedow en particulier est variable, et les observations les plus contradictoires ont été publiées.

Tantôt un goître exophtalmique préexistant est guéri par l'ovariectomie double ou l'hystérectomie (Blocq, Picqué,

Doléris, Bouilly, Guinard, Tuffier, Hertzler, Delestre) tantôt il n'est pas influencé (obs. XIX et XX de Delestre) tantôt il est aggravé (obs. XVII de Delestre).

Enfin il peut apparaître à la suite de l'opération (Mathieu, Jayle, Perrin et Blum, Cléret, Elsner, Apert, Delestre).

Tuffier et Mauté ont vu les malaises de la castration plus accentués chez les hyperthyroïdiennes, et aggravés par l'opothérapie thyroïdienne.

Au contraire l'aggravation du Basedow après la castration peut être atténuée par l'opothérapie ovarienne (Vignes).

Observation de Girard (résumée)

Malade hystérectomisée à 22 ans pour salpingite double.

Développement simultané d'une maladie de Basedow, d'une mélanodermie intense sans insuffisance surrénale, et d'une épilepsie généralisée.

Amélioration passagère par le Lugol, le tartrate d'ergotamine et le gardenal.

Mais les crises d'épilepsie se répètent, et le métabolisme s'élève à + 82 %.

La thyroïdectomie guérit l'hyperthyroïdisme, et fait disparaître en même temps la mélanodermie. Les crises d'épilepsie, après un intervalle de 11 mois, ont repris, mais moins intenses qu'auparavant.

Wassermann négatif.

Observation de Ujma

Polype utérin déterminant des métrorragies.

Ménopause radiothérapique.

Apparition d'une maladie de Basedow.

OBSERVATION LXXIII

M^{me} B..., 35 ans.

Était bien réglée. 2 enfants.

Opérée le 2 novembre 1932, par le D^r Sénèque pour kyste de l'ovaire droit (hystérectomie totale).

Depuis, son cou a augmenté de volume. Goître adénomateux du côté gauche, lobe droit hypertrophié. Palpitations, bouffées de chaleur. Nervosité, insomnies pénibles et cauchemars.

OBSERVATION LXXIV

M^{me} V..., 61 ans. Originaire de la Corrèze, région goîtrigène. Sa mère avait un goître.

La malade a commencé à remarquer son goître en 1921, à 49 ans. Elle était encore réglée normalement, et l'est restée jusqu'à 52 ans.

A ce moment, elle subit un traitement radiothérapique pour un fibrome utérin, et les règles cessent complètement.

En 1932, apparaissent des palpitations et de la fatigue. Le goître augmente un peu : thyroïde surtout augmentée à droite, avec un noyau ferme, du volume d'une prune. Légère exophtalmie, signe du frontal, léger signe de de Graefe, tremblement des paupières fermées, signe de Jellinek. Tremblement très net des mains. Pouls : 120. R. O. C. 100. Tension : 13-8. Fatigue, irritabilité, céphalée, migraines, vomissements. Améliorations passagères par l'iode, mais rechutes rapides. Amaigrissement de 6 kilos en 1 an. Métabolisme : + 54 %.

Opérée le 17 juin 1933 par le Docteur Bloch : goître colloïde basedowifié. Il existe au centre un noyau calcifié, entouré de tissu cartilagineux, qui avait d'ailleurs été radiographié en place.

Mort par collapsus cardiaque le 18 juin.

OBSERVATION LXXV (D^r Welti)

M^{me} V..., 59 ans.

Goître depuis son adolescence, a toujours été nerveuse, avait aussi un léger tremblement.

En 1914, à la suite d'un chagrin, sa nervosité augmente. En 1917, 30 séances de radiothérapie pour fibrome : ménopause thérapeutique. A ce moment les troubles s'aggravent : bouffées de chaleur et violente excitation sexuelle, ayant duré jusqu'à l'opération du goître.

Depuis 1925, nouvelle exagération des troubles : douleurs précordiales avec vertiges et bouffées de chaleur, survenant 3 fois par jour. Essoufflement. Diarrhée, amaigrissement. Caractère épouvantable.

Les tentatives de traitement par l'iode et l'hémato-éthyröidine ne donnent que des améliorations partielles et momentanées. En 1929, on constate au milieu du goître l'existence d'un adénome prétrachéal du volume d'une petite orange, plongeant dans le thorax. Veines thyroïdiennes dilatées et animées de battements. Tremblement. Arythmie, fibrillation auriculaire d'après l'électro-cardiogramme. Tension 15-5. Troubles vaso-moteurs marqués, sueurs. Amaigrissement total de 23 kilos. Métabolisme : + 68 %.

Le 27 septembre 1929, ablation de l'isthme et du lobe gauche : volumineux adénome kystique à contenu hémorragique.

Guérison : engraissement de 15 kilos, pouls à 70, disparition de la fibrillation auriculaire, disparition des troubles nerveux, métabolisme à — 2 % en juin 1930.

OBSERVATION LXXVI (D^r Welti)

M^{me} V..., 44 ans.

Réglée à 12 ans, normalement. 2 enfants vivants : 18 ans et 8 ans. 2 mort-nés à terme (enfants trop gros, 12 et 13 livres, morts pendant l'accouchement). 2 fausses couches, de 4 et de 5 mois. Wassermann négatif.

Vers l'âge de 30 ans, salpingite, qui a été soignée et guérie. En 1926, fibrome utérin, qui a surtout grossi depuis 1930. Ménorragies abondantes. A partir de janvier 1932, 16 séances de radiothérapie par le Docteur Belot. Au bout de 3 séances, suppression définitive des règles.

En mai 1932, apparition du Basedow : cou augmenté de volume, exophtalmie, palpitations, tremblement, nervosité, changement de caractère, bouffées de chaleur. Amaigrissement.

Opérée en 2 temps par le Docteur Welti, en juin et septembre 1932. Grosse amélioration, a repris 14 kilos. L'exophtalmie a diminué.

La malade a une sœur qui a été opérée d'un goître, et qui va bien actuellement.

Deux de nos malades étaient déjà porteuses d'un goître, l'une depuis son adolescence, l'autre depuis 3 ans, avant le traitement radiothérapique du fibrome.

Une autre avait eu une sœur qui avait un goître. Mais chez toutes les 4, le résultat de la castration a été de produire l'hyperthyroïdisme, à plus ou moins longue échéance.

III. — L'HYPERTHYROÏDISME ET LA GROSSESSE

Nous considérerons séparément les cas de maladie de Basedow consécutive à la grossesse, et l'influence réciproque de la grossesse et de la maladie de Basedow dans les cas où celle-ci existait déjà.

A. *Maladie de Basedow consécutive à la grossesse*

La grossesse est souvent accompagnée d'une hyperthyroïdie physiologique.

Pour Robinson, cette hyperthyroïdie légère, avec gonflement de la glande, existe dans 50 % des cas.

Pour Fruhinsholz et Parisot, elle est presque constante, surtout dans la deuxième moitié de la grossesse. Mais parfois il s'agit d'une grande hyperthyroïdie, qui peut apparaître à des époques variables de la grossesse, et soit persister après l'accouchement, soit disparaître à ce moment, pour recommencer dans certains cas à une grossesse suivante. Cette hyperthyroïdie serait souvent liée à des accidents d'auto-intoxication.

Gardiner-Hill, sur 71 cas de Basedow chez la femme, en a trouvé 8 qui ont débuté pendant la grossesse. D'ailleurs sur ces 8 grossesses, 6 sont allées jusqu'à terme, et se sont terminées normalement. Une s'est terminée par un avortement au 3^e mois, et une par l'expulsion d'un mort-né.

Observation de Colombet

Malade syphilitique avec Wassermann positif, qui eut successivement un avortement au 2^e mois, puis une grossesse normale, mais à la suite de laquelle se manifesta un goître exophtalmique, qui fut traité pendant 2 ans par la radiothérapie, sans résultat. La thyroïdectomie détermina une amélioration, et au cours d'une 3^{me} grossesse, bien supportée, il n'y eut qu'un peu de tachycardie et une légère exophtalmie. L'accouchement eut lieu près du terme, les suites furent normales, sans troubles thyroïdiens.

OBSERVATION LXXVII

M^{me} C..., 37 ans. Originaire du Tessin (Suisse), région goîtrigène. Une de ses tantes avait un goître.

La malade a été réglée à 14 ans, règles très abondantes et régulières. En 1921, accouchement normal à terme : une fille, qui a actuellement de l'hypothyroïdie. Depuis ce moment, la malade a commencé à maigrir et à souffrir de troubles digestifs : gastralgie, entérite, elle avait aussi des étouffements.

En 1928, les règles deviennent très peu abondantes, ne durent plus qu'un ou deux jours. En 1929, infection colibacillaire, qui résiste aux vaccins, et dure jusqu'en 1931. Amaigrissement de 20 kilos. Prend de l'hémato-éthyoïdine.

En octobre 1931, le cou augmente de volume, l'exophtalmie apparaît. Elle est très marquée, surtout à droite. Regard tragique. Inocclusion des paupières. Signes de Mœbius, du frontal, nystagmus dans les positions extrêmes. Signe de Jellinek très marqué. Thyroïde augmentée, surtout le lobe droit. Un noyau mobile dans la région paramédiane gauche. Signe de Marañon. Pouls : 112. R. O. C. : 142. Tension : 14-8. Palpitations. Chute des cheveux. Mèche blanche dans la région temporale droite. Pigmentation générale de la peau, prédominant aux genoux, aux aisselles, au dos des mains, datant de 10 ans. Métabolisme : + 37 %.

Opérée le 22 juin 1932 par le Docteur Bloch : extirpation du lobe droit et du kyste paramédian gauche. Amélioration rapide.

Pouls : 72. Disparition du tremblement, dès juillet 1932. Métabolisme : + 27 %. Les règles redeviennent plus abondantes.

Examen gynécologique : rien d'anormal.

OBSERVATION LXXVIII (D^r Welti)

M^{me} G..., 41 ans, née à Mulhouse.

Début des accidents en 1924, à la suite d'une grossesse (enfant mort-né). Le goître apparaît, et reste stationnaire jusqu'en 1926. A ce moment, 2^{me} grossesse (enfant mort-né). Le goître grossit à nouveau et divers troubles apparaissent : palpitations, essoufflement, amaigrissement, exagération de la nervosité naturelle de la malade. Les règles avancent, venant toutes les 3 semaines, mais leur abondance ne varie pas.

Etat stationnaire jusqu'en juin 1931 : fausse couche de 2 mois, perte de sang pendant 6 semaines. Tous les troubles s'accroissent : diarrhée, amaigrissement de 10 kilos en 2 mois, sueurs, thermophobie, palpitations, pouls à 100, extrasystoles. Tremblement, irritabilité. Goître : 2 volumineux adénomes de consistance ferme, légers battements. Regard fixe, léger signe de Jellinek. La pupille gauche est irrégulière et un peu dilatée. Wassermann légèrement positif. Série de Quinby.

Le 27 août 1931, hémithyroïdectomie droite avec ablation de l'isthme (siège d'un adénome s'étendant vers le lobe gauche). Amélioration très rapide, reprise de poids. Les règles viennent tous les mois, au lieu d'avancer, et elles sont plus abondantes qu'auparavant. Mais le côté gauche du c. thyroïde augmente de volume.

Le 23 mai 1932, ablation d'un volumineux adénome du lobe gauche. L'amélioration s'accroît. La malade se sent très bien.

OBSERVATION LXXIX

M^{me} G..., 33 ans.

Goître de l'adolescence.

Augmente de volume avec légère poussée d'hyperthyroïdisme, sous l'influence de 2 grossesses, qui d'ailleurs se terminent bien. Nouvelle reprise du syndrome basedowien après une perte sanguine qui a beaucoup impressionné la malade.

OBSERVATION LXXX

M^{me} G..., 35 ans.

3 enfants.

A la suite de la dernière grossesse, à 32 ans, hypertrophie en masse de la thyroïde, exophtalmie, tachycardie et palpitations, tremblement, amaigrissement, prurit.

Les règles deviennent abondantes.

OBSERVATION LXXXI

M^{me} L..., 39 ans.

A eu 6 grossesses très rapprochées les unes des autres. A la suite de la 6^{me} grossesse et de l'allaitement, apparition d'un syndrome basedowien avec augmentation de volume de la thyroïde, palpitations, pouls : 112, tremblement généralisé, signes oculaires au complet, amaigrissement.

OBSERVATION LXXXII

M^{me} G..., 25 ans.

Accouchement normal à 22 ans. Allaité pendant 14 mois, à la suite de quoi apparaît un adénome thyroïdien, avec tremblement des membres supérieurs et inférieurs, palpitations, tous les signes oculaires du Basedow, changement de caractère avec irritabilité, nervosisme.

L'abondance des règles est diminuée.

Une tante de la malade avait un goître.

OBSERVATION LXXXIII

M^{me} A..., 35 ans.

Avait depuis longtemps un corps thyroïde volumineux. Il n'a pas augmenté pendant la grossesse. Mais 3 semaines après le sevrage, à l'occasion d'une violente colère, sensation d'étouffement au cou. Apparition d'un Basedow léger : tachycardie, troubles du caractère.

Légère diminution de l'abondance des règles.

OBSERVATION LXXXIV

M^{me} G..., 33 ans.

Etat anémique très marqué à 12 ans. Goître constaté à cet âge. Régulée à 15 ans.

A la suite d'un accouchement en 1922, poussée de tachycardie, avec amaigrissement et tremblement.

OBSERVATION LXXXV

M^{me} A..., 34 ans.

A toujours été obèse et grosse mangeuse. A partir de 1925, souffre d'insomnie.

En 1930, grossesse normale. Après l'accouchement, les règles deviennent plus rares qu'auparavant, et on voit s'installer un syndrome hyperthyroïdien : palpitations, tremblement, sueurs au moindre effort.

La sœur et la mère de la malade ont été réglées tardivement, cette dernière avait un goître avec Basedow léger.

OBSERVATION LXXXVI

M^{me} B..., 30 ans.

Régulée régulièrement. Les troubles ont débuté à la suite d'une fausse couche, il y a 2 ans.

Thyroïde plus volumineuse au niveau du lobe droit, qui est de consistance plus ferme et presque scléreuse. Signe de Marnon. Exophtalmie légère, élargissement de la fente palpébrale. Léger retard du frontal. Léger tremblement des paupières. Tremblement des extrémités. Palpitations. Pouls 88, atteignant 108 par moments. Tension : 13-7. Bouffées de chaleur. Troubles du caractère : irritabilité, crises de larmes. Amaigrissement de 12 kilos. Métabolisme : + 10 %.

Rien de particulier à l'examen gynécologique.

Sur ces 10 malades, 3 étaient déjà porteuses d'un goître qui s'est basedowifié à l'occasion de la grossesse ou de ses suites, 3 autres avaient des antécédents familiaux thyroïdiens. Parmi ces dernières, l'une avait une hérédité mater-

nelle exactement similaire : association insuffisance ovarienne-instabilité thyroïdienne (obs. LXXXV). Une autre a vu les premiers signes d'hyperthyroïdisme s'installer chez elle à la naissance de sa fille, qui par la suite a présenté une légère hypothyroïdie (obs. LXXVII). Cette malade présentait une pigmentation de type addisonien, sans aucun signe d'insuffisance surrénale. Enfin chez elle le traitement chirurgical du goître exophtalmique a en même temps agi sur les troubles menstruels.

2 autres malades étaient originaires de régions goîtrigènes, 2 seulement n'avaient aucun antécédent thyroïdien.

L'hyperthyroïdisme a débuté tantôt à la première grossesse, tantôt après plusieurs grossesses qui n'avaient amené aucun trouble (à la 6^e dans un cas). Il s'est rarement manifesté au cours de la grossesse elle-même, mais il est généralement apparu après l'accouchement, ou l'avortement (obs. LXXXVI). Dans 3 cas il n'a débuté qu'après l'allaitement (3 semaines après le sevrage dans l'obs. LXXXIII).

Les malades ont presque toutes eu des règles moins abondantes, quand elles étaient bien réglées jusque-là. Une seule a eu des règles plus abondantes (obs. LXXX).

Rappelons que parmi les observations déjà rapportées il y en avait une (obs. LXVIII) où la malade a commencé à présenter de la canitie à l'âge de 30 ans à la suite d'un accouchement, et une autre (obs. IV) où un goître apparu après la grossesse s'est basedowifié par la suite.

B. Influence réciproque de la grossesse et de la maladie de Basedow chez les malades déjà hyperthyroïdiennes

1^o Fécondité des basedowiennes.

La plupart des auteurs considèrent la stérilité comme une conséquence habituelle de l'hyperthyroïdisme.

Pour Fruhinsholz et Parisot, la maladie de Basedow préexistant à la grossesse est une rareté.

Colombet considère la stérilité comme étant de règle dans les cas graves, et fréquente dans les autres.

Mussey, Plummer et Boothby n'ont vu que 22 grossesses sur 5.043 basedowiennes.

Cependant d'après Gardiner Hill, la grossesse est assez fréquente chez les basedowiennes.

De même Joll parle simplement d'une diminution relative de la fertilité.

Les malades de G. Dreyfus avaient eu pour la plupart une ou plusieurs grossesses (jusqu'à 7 en 10 ans).

Parmi nos malades, nous n'en trouvons que 7 qui soient devenues enceintes alors qu'elles présentaient déjà des signes d'hyperthyroïdisme : 4 n'ont eu qu'une grossesse, 3 en ont eu 2.

Une de ces malades, stérile jusque-là, a eu un enfant à 39 ans, après traitement radiothérapique du goître.

2° Influence de la grossesse sur la maladie de Basedow préexistante.

Cette influence est variable, elle varie parfois chez une même femme, d'une grossesse à l'autre, et au cours d'une même grossesse (observation d'Apert, citée par Fruhinsholz et Parisot, d'une femme réglée tantôt trop, tantôt pas assez, hypothyroïdienne, améliorée dans les premiers mois de la grossesse, ayant des symptômes basedowiens vers la fin. Observation de Smet, d'une malade basedowienne avant l'accouchement, myxœdémateuse après).

Cependant l'action de la grossesse est le plus souvent favorable d'après Fruhinsholz et Parisot, Colombet, Eason, Joll, et cette amélioration se maintient assez souvent après l'accouchement.

Chez celles des malades de Gardiner Hill qui ont mené leur grossesse jusqu'à terme, il y a eu amélioration persistante dans 42 % des cas, amélioration suivie de rechute après l'accouchement dans 47 %, et hyperthyroïdie après l'accouchement dans deux cas. Il conclut que l'aggravation des symptômes est plus probable après un avortement qu'après un accouchement à terme.

Kustner considère la grossesse comme un facteur d'hypothyroïdie. Il cite 2 cas de Basedow typique améliorés par la grossesse et l'ayant conduite jusqu'au delà du terme (une 6 semaines et l'autre 2 semaines).

Par contre, Seitz a vu sur 112 cas, 67 aggravations avec 7 morts et dans 61 cas on dut recourir à l'avortement thérapeutique.

Davanzo cite un cas de forme fruste subitement aggravée et un cas de forme grave devenue rapidement dangereuse, et il conseille l'hémithyroïdectomie pour prévenir des accidents graves.

Halliday Croom a observé chez 12 basedowiennes une exagération des symptômes à la suite de l'accouchement.

Voici 3 observations de grossesse chez des basedowiennes :

OBSERVATION LXXXVII

M^{me} L..., 35 ans.

Réglée à 13 ans, peu abondamment.

Depuis 1927, goître : thyroïde peu augmentée de volume, mais très dure. Légère exophtalmie, éclat du regard, signe de Jellinek. Tremblement très intense. Palpitations. La malade a une mèche blanche depuis l'âge de 13 ans.

En 1929, naissance d'un enfant bien portant.

La grossesse a été bien supportée, mais depuis les règles ont presque complètement disparu, et les symptômes basedowiens se sont accentués : palpitations plus fréquentes, pouls 140,

tension 17-7. Bouffées de chaleur. Sueurs abondantes. Amaigrissement. Métabolisme : + 35 %.

Séances de diathermie thyroïdienne et hypophysaire. Ramollissement notable de la thyroïde, atténuation du tremblement et des palpitations, reprise de poids.

Rien à l'examen gynécologique.

OBSERVATION LXXXVIII (D^r Welti)

M^{me} J..., 33 ans.

A toujours eu des règles peu abondantes, ne durant qu'un jour.

En 1922, 2 ans après son mariage, augmentation de volume de la thyroïde. Nervosité, palpitations, amaigrissement. Les yeux ont toujours été un peu saillants. L'abondance des règles diminue encore un peu.

En 1926, grossesse normale. En 1930, avortement. A partir de ce moment, les troubles augmentent : le cou grossit, l'exophtalmie et le tremblement s'accroissent. Pouls à 128, essoufflement, œdème malléolaire. Diarrhée. Les règles ne durent plus qu'une heure.

Le 8 septembre 1932, hémithyroïdectomie gauche. Amélioration, reprise de poids.

Le 7 janvier 1933, ablation du lobe droit et de l'isthme. Tous les troubles régressent, même l'exophtalmie. Les règles durent 4 jours, et sont d'abondance moyenne.

OBSERVATION LXXXIX

M^{me} D..., 36 ans.

Réglée à 15 ans, normalement.

A 20 ans, à la suite d'une chute de 4 mètres sur le dos, brusque sensation d'étouffement, le c. thyroïde grossit, atteignant d'emblée le volume qu'il aura par la suite. Dyspnée, voix rauque et bitonale.

3 mois après apparaissent des troubles du caractère, tristesse, dépression. Céphalée en casque, photophobie. Bientôt exophtalmie, tachycardie : 130, avec crises paroxystiques. Tremblement accentué.

Un an et demi après l'accident, grossesse : vomissements incoercibles. Pas de modification appréciable des symptômes thyroïdiens. L'enfant, né à 8 mois, meurt au bout de 8 jours d'une méningite indéterminée. Après l'accouchement aggravation du Basedow : exagération de l'exophtalmie, du tremblement et de la tachycardie.

En 1922, amélioration par 12 séances de radiothérapie.

Nouvelle grossesse, normale cette fois, mais l'enfant naît à 7 mois 1/2, assez bien portant. Pas d'aggravation du Basedow.

Nouvelle amélioration radiothérapique : disparition des accès de tachycardie paroxystique, et des accès de dyspnée. Amélioration des troubles nerveux. Il reste une certaine raucité de la voix. La thyroïde est encore augmentée de volume en totalité, de consistance élastique. La tachycardie ne dépasse pas 96. L'exophtalmie est très modérée, le tremblement léger.

Depuis, alternatives de périodes calmes et de crises d'étouffement. Les règles deviennent très irrégulières, tantôt abondantes, tantôt manquant un mois sur 2. Les troubles augmentent avant leur début, et s'atténuent pendant leur durée.

Amélioration par l'hémato-éthéroïdine.

En janvier 1933, nouvelle poussée. Une irradiation de 500 R a paru augmenter la crise. La malade refuse l'opération.

Depuis avril 1933, atténuation des troubles : la dyspnée a cessé, le pouls ne dépasse pas 96.

En somme, sur les 3 malades :

- l'une a été nettement aggravée par la grossesse ;
- une autre a eu une première grossesse sans influence sur son état thyroïdien, par contre, après une fausse couche, les troubles se sont accentués ;
- la troisième a vu sa maladie s'aggraver après un accouchement, et rester stationnaire après un autre.

Rappelons encore 2 observations précédentes où l'hyperthyroïdisme déclenché par une première grossesse a subi une nouvelle poussée aux grossesses suivantes (obs. LXXVIII et LXXIX).

3° Influence de la maladie de Basedow sur la grossesse et le fœtus.

Si la grossesse peut améliorer la maladie de Basedow, par contre, l'action de celle-ci sur celle-là est souvent fâcheuse d'après la plupart des auteurs.

Williams n'a pas constaté d'action nuisible du Basedow sur la grossesse.

Colombet n'a observé d'accidents que dans une minorité de cas, ceux où le goître exophtalmique était le plus ancien ou l'état général le plus mauvais. Ces accidents sont soit ceux de l'auto-intoxication, dûs peut-être à la déficience du rôle antitoxique de la thyroïde, soit des accidents gravido-cardiaques. Enfin, l'avortement et les hémorragies de la délivrance peuvent également se produire.

Ces mêmes accidents sont décrits par Fruhinsholz et Parisot dans un certain nombre de cas.

Sur les 112 malades de Seitz, 3 avortèrent, 11 accouchèrent avant terme, 3 eurent des fœtus macérés.

D'après Joll, ce sont surtout les accidents puerpéraux et en particulier les hémorragies qui sont à craindre.

Pour Clifford White, dans les cas où il s'agit vraiment de maladie de Basedow, la grossesse est menacée, et les hémorragies de la délivrance sont anormalement fréquentes.

Plus de la moitié des grossesses observées par Gardiner Hill chez des basedowiennes ne donnèrent pas d'enfant vivant, soit qu'il y ait eu avortement avant le quatrième mois, cas le plus fréquent, soit qu'il y ait eu accouchement prématuré, ou expulsion d'un mort-né.

Il faut évidemment tenir compte des maladies concomitantes, et surtout de la syphilis, qui peut être en même temps la cause de l'avortement et celle de la lésion thyroïdienne.

Parmi nos malades, une a eu des vomissements incoercibles au cours de l'une de ses grossesses (obs. LXXXIX). Chez les autres, il n'y a pas eu de troubles graves.

Par contre, sur 7 malades devenues enceintes en période d'hyperthyroïdisme actif, 2 seulement n'ont pas eu de grossesse interrompue (obs. LXXIX et LXXXVII).

Une a eu un enfant bien portant à un moment où l'hyperthyroïdisme était encore peu marqué, et un avortement ensuite (obs. LXXXVIII).

Une a eu un enfant né à 8 mois, mort au bout de 8 jours, et un enfant né à 7 mois et demi, qui a cependant survécu (obs. LXXXIX).

Une a eu 2 mort-nés et un avortement de 2 mois, mais chez elle, la syphilis est certaine (obs. LXXVIII).

Une n'a eu qu'un avortement à 3 mois (obs. XLVI).

Enfin, une dernière malade a eu 3 enfants nés avant terme qui présentaient des accidents très singuliers. Voici son observation (XC).

M^{me} L..., 28 ans.

Croup en 1916. Goître constaté à l'âge de 12 ans. S'est basedowifié pendant la guerre, à la suite d'applications répétées de teinture d'iode sur le cou.

Goître vasculaire. Tremblement des paupières fermées, signe du frontal, nystagmus latéral. Tachycardie : 108. Tremblement intermittent des doigts, nervosité.

La malade a eu 3 grossesses qui se sont bien passées, mais se sont interrompues à 6 mois 1/2, 7 mois et 8 mois 1/2. Aucun des enfants n'a vécu, ils sont morts au bout de quelques heures malgré toutes les précautions prises. Ils avaient tous une singulière aplasie cutanée : l'épiderme était d'une telle finesse qu'il paraissait absent, et il n'y avait pas trace d'enduit sébacé.

Wassermann négatif chez la malade et chez son mari. Le traitement spécifique n'a pas donné de résultats.

La mère et une des tantes de la malade étaient goitreuses.

Outre cette observation où le trouble thyroïdien a sans doute au moins en partie déterminé l'anomalie des enfants, nous rappellerons l'observation LXX où il y a eu transmission d'un trouble endocrinien héréditaire (le père de la malade avait des sclérotiques bleues, un de ses enfants a présenté 7 fractures spontanées).

Enfin, une de nos malades (obs. LXIX) a transmis à sa fille (obs. I) l'association insuffisance ovarienne-hyperthyroïdisme, comme une autre (obs. LXXXV) l'avait héritée de sa mère. Dans l'obs. LXXVII, nous avons vu une basedowienne donner naissance à une hypothyroïdienne.

En dehors de ces 5 cas, les enfants de nos malades sont restés jusqu'à présent indemnes de lésions endocriniennes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Freund a le premier décrit sous le nom de paramétrite atrophique des lésions de sclérose et d'involution qu'il a observées chez les basedowiennes.

Ce processus atrophique a également été constaté par Kleinwachter, Hødemaker, Bamours, Maude, Mannheim, Theilhaber, Selegmann, Dalché et Robin. Il porte à la fois sur l'utérus, les ovaires, le vagin, la vulve et les seins.

Plus récemment Serdjukoff a aussi décrit des modifications scléreuses des organes génitaux. Dans l'utérus : abondance du tissu conjonctif, disparition du tissu musculaire, endartérite, atrophie de l'endomètre. Dans les ovaires, absence ou diminution du nombre des follicules primordiaux, sclérose, dégénérescence polykystique.

Araya note de fausses métrites, des paramétrites et des bassins de type pseudo ostéomalacique.

Dans d'autres cas existent des lésions telles que fibrome, kyste de l'ovaire, ovaire scléro kystique, etc.

RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX

I. — CHEZ LA FEMME

Chez la femme, la recherche physiologique la plus simple est la mesure du métabolisme basal au cours des divers épisodes de la vie génitale.

On évite généralement de mesurer le métabolisme pendant les règles ou dans les jours qui les précèdent ou les suivent immédiatement, car on les considère comme une cause d'erreur possible. Mais certains auteurs ont précisément étudié ces modifications menstruelles du métabolisme et la plupart ont trouvé chez la femme normale une augmentation prémenstruelle, suivie d'une baisse dès le début ou au cours des règles (Hafkesbring et Collett, Guillaume et Godel, Stephani, Wakeham, Lanz).

Chez la basedowienne Meldolesi signale également une élévation prémenstruelle du métabolisme, avec abaissement menstruel, parfois même jusqu'à des valeurs normales ou basses, la valeur habituelle chez la malade étant de nouveau atteinte après les règles. Hirsch attribue cet abaissement menstruel du métabolisme à l'élimination d'iode par le sang des règles.

Au cours de la grossesse, le métabolisme basal s'élève, surtout vers la fin.

Sandiford, Wheeler et Boothby attribuent cette augmentation à l'adjonction du métabolisme très actif du fœtus et

des annexes, mais pour Guillot, Bernard, Guillaume, il s'agit bien d'une poussée d'hyperthyroïdisme.

Wilson et Bourne signalent également cette augmentation qui, dans certains cas, ne cesse pas après l'accouchement. C'est alors que débute le syndrome basedowien, avec des hémorragies sans cause utérine.

On peut rapprocher de l'augmentation du métabolisme pendant la grossesse le fait, rapporté par Anselmino et Hoffmann, que le sérum de femme enceinte diminue le glycogène hépatique du rat ou de la souris comme le sérum de basedowienne.

Nous avons vu que l'action de la ménopause spontanée ou chirurgicale sur la thyroïde est variable. Son influence sur le métabolisme l'est également, et bien que le plus souvent il y ait abaissement du métabolisme, le contraire se voit aussi (Kraul, Heyn, Geist et Goldberger).

Zondek exige d'un extrait ovarien une augmentation de 15 % du métabolisme chez la femme castrée.

Enfin, dans les cas de fibrome, Agaronow a trouvé le plus souvent une augmentation du métabolisme. Celle-ci, de même que la constitution du fibrome, serait sous la dépendance de l'hyperfonctionnement ovarien, peut-être lui-même influencé par l'hypophyse.

Nous citerons ici une observation qui a la valeur d'une expérience.

M^{me} D..., 43 ans. (*Obs. publiée par le Docteur Sainton et Didier Hesse, Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 4 décembre 1931.*)

Avait dès 15 ans 1/2 des règles abondantes, avec tendance aux ménorragies.

Devient myxœdémateuse, engraisse énormément, métabolisme : — 30 %. Pendant cette période, les règles sont rares, complètement supprimées à certains moments.

Sous l'action de la sommation thyroxine-adrénaline appa-

raissent des symptômes de la série basedowienne. Le métabolisme atteint + 39 %. Les règles réapparaissent, et persistent quand la malade revient à un équilibre thyroïdien à peu près normal, sous l'action de la thyroxine seule.

II. — EXPÉRIMENTATION SUR L'ANIMAL

Il est difficile de conclure sans réserves de l'expérimentation sur l'animal à ce qui se passe en pathologie humaine. Cependant, nous citerons quelques-unes des nombreuses recherches qui ont été poursuivies pour élucider les rapports réciproques de la thyroïde et de l'ovaire, et nous y joindrons les résultats d'une expérience que nous avons faite.

A. *Influence de la thyroïde sur l'ovaire*

D'après Watrin et Florentin, les greffes thyroïdiennes déterminent chez les jeunes cobayes femelles de la congestion des organes génitaux et une poussée de maturation d'autant plus marquée que l'animal est plus près de la puberté. Ils attribuent ces résultats à l'influence citogène de l'hormone thyroïdienne, agissant peut-être par l'intermédiaire du lobe antérieur de l'hypophyse.

Hayashi a montré que l'extrait thyroïdien détermine d'abord une augmentation de l'ovaire, puis une atrophie. Pighini a observé une accélération de la maturation folliculaire par l'administration de poudres thyroïdiennes, mais les fortes doses inhibent le cycle œstral. Scibelli a obtenu des résultats analogues par ingestion ou injection de thyroïde, la congestion de la muqueuse utérine est suivie de régression si on dépasse une dose optima. Chez les femelles castrées, les modifications de la muqueuse sont désordonnées. Il y aurait donc corrélation des hormones

thyroïdienne et ovarienne dans la régulation du cycle oestral.

Pour Lee, la thyroïde a une action stimulante sur le cycle oestral, tandis que la thyroïdectomie le ralentit.

Kunde, Carlson et Proude ont hyperthyroïdé des lapines rendues crétines par la thyroïdectomie pratiquée 3 semaines après la naissance. Ils ont trouvé dans les ovaires un grand nombre de follicules primaires et de follicules de Graaf à tous les stades. En hyperthyroïdant des femelles normales avant la fécondation, ils ont obtenu un nombre anormalement élevé d'œufs fécondés, mais les fœtus sont presque tous morts dans les deux derniers tiers de la gestation.

Dulzetto a obtenu avec les extraits thyroïdiens une accélération de la maturation, avec apparition précoce de la liqueur folliculaire, mais ensuite la dégénérescence des cellules de la couche granuleuse fait éclater le follicule. En somme, cette évolution accélérée, mais anormale entraîne une grande perte d'ovules fécondables, d'où stérilité.

Sainton et Simonnet, ayant hyperthyroïdé deux poules et un coq pour observer la dépigmentation du plumage, ont vu ces animaux conserver une fécondité normale. Mais leur descendance de la première génération présentait de la dépigmentation sans avoir reçu de thyroïde, et n'a pu se reproduire, car tous les œufs pondus ont été des œufs clairs.

Gudernatsch a observé que les couples de rats hyperthyroïdés sont stériles. La fécondation ne peut se produire que plusieurs semaines après l'interruption de l'administration de thyroïde. Et alors il y a de nombreux avortements, et une grosse mortalité des jeunes qui sont de poids inférieur à la normale.

Carloni a vu chez les cobayes hyperthyroïdés, l'avorte-

ment d'autant plus précoce que la quantité administrée était plus grande. Les fœtus étaient toujours de poids inférieur.

Siedentopf signale de même que l'administration de thyroxine pendant la gestation chez le cobaye produit une diminution de poids des fœtus.

D'après Weichert, la thyroïde administrée aux rates pendant la gestation cause la résorption des fœtus, ou bien ils viennent mort-nés. En dehors de la gestation, on observe après 2 cycles œstraux l'arrêt complet de ceux-ci, aussi longtemps que dure le traitement. L'auteur explique ce fait par la persistance du corps jaune, elle-même déterminée par un état spécial du lobe antérieur de l'hypophyse au cours de l'hyperthyroïdisme.

Pour Abelin et Wiedner, la thyroïde et la thyroxine inhibent l'œstrus chez la rate, il y a retard ou suppression totale selon les doses. Le prolan administré en même temps n'arrive pas à surmonter cette inhibition, mais la folliculine la surmonte. Les auteurs en concluent à l'antagonisme folliculine-thyroxine.

Reiss et Pereny considèrent également la thyroïde comme antagoniste de la folliculine chez les animaux normaux et castrés, peut-être par l'intermédiaire de l'hypophyse.

En somme, nous voyons que la majorité des auteurs, mais non tous, considèrent la thyroïde comme un facteur d'activation de l'ovaire, mais à condition de ne pas dépasser une certaine dose, au delà de laquelle son action devient destructive et est une cause de stérilité.

B. Influence de l'ovaire sur la thyroïde

D'après Parhon et Goldstein, les extraits ovariens font baisser le métabolisme basal.

Cependant Vignes a vu ces extraits, injectés à des femelles castrées, faire remonter leur métabolisme que la castration avait abaissé.

Pour Bacq, chez le lapin, les glandes génitales n'ont pas d'action sensible sur les échanges respiratoires.

D'après Chouke, la castration n'a pas d'effet appréciable sur la thyroïde.

Pour Bisceglie, la folliculine produit une diminution de l'activité cellulaire de la thyroïde.

Montpellier et Chiapponi, après avoir injecté de la folliculine à des rats mâles et femelles, castrés et non castrés, n'ont vu qu'une hyperémie de la thyroïde, sans modifications histologiques. D'après eux, l'action excitante de l'ovaire s'exercerait directement sur le produit de la sécrétion thyroïdienne.

Dès 1907, Hallion avait trouvé après injection d'extraits ovariens, une congestion marquée de la thyroïde.

Aschner a vu une augmentation de volume de la thyroïde et une augmentation de la sécrétion de colloïde après injection d'extraits ovariens.

Pour Riddle, chez le pigeon, la thyroïde est au repos dans les périodes éloignées de l'ovulation, et en activité à l'époque de l'ovulation.

Krilow et Sternberg ont noté chez la lapine une augmentation de poids et une hyperémie de la thyroïde aussitôt après le coït, avec diminution du contenu colloïde des vésicules. Pendant la gestation, la colloïde revient à son état normal, elle est parfois même plus abondante. Elle diminue à nouveau 24 heures après la mise bas.

Bernard a vu chez diverses femelles de petits mammifères une hyperactivité de la thyroïde au début et surtout à la fin de la gestation. Cette hyperactivité diminue à la mise bas, pour remonter avec l'allaitement. Elle semble être en raison inverse de celle du corps jaune.

Nous avons fait l'expérience suivante : chez 2 lapines ayant mis bas depuis 20 et 17 jours, et dont les petits avaient été détruits aussitôt, nous avons prélevé un fragment de thyroïde. Puis nous leur avons injecté pendant 12 jours consécutifs sous la peau du dos 1 cm³ d'hormovarine Byla à 25 unités par cm³.

Trois jours après la dernière injection, les animaux ont été sacrifiés, et leurs thyroïdes et leurs ovaires prélevés.

Les ovaires présentaient l'aspect normal après la mise bas : nombreux corps jaunes récents, aucune activité folliculaire. Quant aux thyroïdes, nous avons pu les comparer aux fragments prélevés avant les injections d'hormovarine. Chez l'une des lapines, le fragment donnait l'impression d'une activité moyenne pour l'animal, avec des vésicules assez larges, remplies de colloïde bien colorée, et des cellules épithéliales basses. Après expérience, il y avait des images nettes d'hyperactivité en maints endroits : vésicules petites, colloïde mal colorée, présentant des vacuoles périphériques nombreuses, épithélium haut.

Chez l'autre animal, dès avant l'expérience, la thyroïde paraissait en fonctionnement assez actif. Mais cette hyperactivité est devenue intense après les injections. La plupart des vésicules sont petites, parfois même leur lumière est inexistante, leur paroi est formée d'un épithélium haut qui présente en plusieurs endroits des figures de caryokinèse. Les vésicules plus larges contiennent une colloïde mal colorée, criblée de vacuoles, non seulement à la périphérie, mais jusque vers la région centrale dans certaines. Cette lapine présentait encore, au moment où elle a été sacrifiée, une lactation assez abondante. Peut-être cette différence dans l'état physiologique des 2 animaux explique-t-elle la différence d'intensité de leurs réactions. Mais, quoi qu'il en soit, l'hyperactivation de la thyroïde par les injections d'hormovarine a été nette dans les deux cas. On ne

peut guère attribuer cette réaction à une hypertrophie compensatrice ou à une congestion provoquée par le prélèvement d'un fragment thyroïdien, car ce fragment était de très petit volume, même par rapport à la taille des thyroïdes, et l'aspect histologique de la glande intacte et de la glande opérée était absolument comparable chez le même animal.

C. Rôle de l'hypophyse

Plusieurs des auteurs que nous avons cités ont admis l'interposition de l'hypophyse entre la thyroïde et l'ovaire. Le rôle du lobe antérieur de l'hypophyse apparaît en effet comme très important à la lumière des travaux des dix dernières années, et comme il stimule à la fois les glandes génitales et la thyroïde, on est en droit de se demander si ce n'est pas par son intermédiaire que ces glandes agissent les unes sur les autres.

Watrln et Florentin, Jukmann et Schoeller, Max Aron admettent que l'hormone antéhypophysaire qui agit sur les gonades et celle qui agit sur la thyroïde sont distinctes l'une de l'autre : gonado-stimuline et thyréo-stimuline.

Mais pour Benoist et Aron, la folliculine, qui n'agit pas directement sur la thyroïde des jeunes cobayes, inhibe l'action thyréo stimulante du lobe antérieur de l'hypophyse, dans la proportion de 2.000 unités de folliculine pour l'équivalent de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 de préhypophyse fraîche de bœuf.

La castration, chez ces jeunes cobayes dont la thyroïde est encore inactive, fait apparaître au bout de 5 à 7 jours des signes histologiques d'hyperactivité thyroïdienne, qui s'accroissent encore les jours suivants, et le sérum de ces animaux, injecté à des témoins, provoque également une vive réaction d'hyperfonctionnement thyroïdien. La sécré-

tion interne des gonades, à cette phase où elles ne sont pas encore mûres, est donc déjà capable d'inhiber la production de la thyro-stimuline ou d'en empêcher l'influence sur la thyroïde.

Pour Evans et Simpson, l'action gonado-stimulante de l'antéhypophyse est plus grande quand elle provient d'animaux hyperthyroïdés, plus faible quand elle a été prélevée sur des animaux éthyroïdés. Van Horn montre également que l'implantation de l'hypophyse d'animaux hyperthyroïdés sur des femelles impubères est plus active que l'implantation d'une glande normale, tandis que celle des animaux éthyroïdés reste sans effet.

Il semble résulter de ces diverses expériences que par l'intermédiaire de l'antéhypophyse, la thyroïde stimule l'ovaire, et l'ovaire inhibe la thyroïde.

RÉSUMÉ ET DISCUSSION

De l'ensemble de faits que nous avons rapportés, il résulte tout d'abord qu'il existe des relations habituelles, mais non constantes, entre le goître exophtalmique et les fonctions génitales, normales ou pathologiques, de la femme.

La plupart des basedowiennes ont des règles diminuées en quantité et en durée, chez beaucoup elles sont irrégulières, présentant des retards considérables, un certain nombre ont même des périodes d'aménorrhée complète. L'augmentation de la menstruation se voit rarement, et est généralement transitoire, elle se produit surtout dans les cas d'hyperthyroïdisme léger. L'amélioration de la maladie de Basedow par un traitement, quel qu'il soit, s'accompagne presque toujours de l'atténuation ou de la disparition des troubles menstruels. La fécondité des basedowiennes est diminuée : 7 seulement de nos malades ont eu 1 ou 2 grossesses alors qu'elles étaient déjà hyperthyroïdiennes, une autre n'est devenue enceinte qu'après guérison du goître exophtalmique par la radiothérapie, de même que les deux malades de Sazias après la thyroïdectomie.

Faut-il conclure que l'insuffisance ovarienne n'est qu'une conséquence et un symptôme habituel de l'hyperthyroïdisme ? Il semble que non.

En effet, dans 65 cas nous avons vu la maladie de Base-

dow se produire ou s'aggraver chez des malades déjà atteintes d'insuffisance ovarienne ou à l'occasion de la grossesse ou de ses suites. Sur la trentaine de malades chez qui l'examen gynécologique a été pratiqué, des lésions utéro-ovariennes ont été constatées dans 17 cas : 9 fibromes ou utérus fibromateux, 4 métrites avec salpingite, 2 rétroversions, 2 kystes de l'ovaire. Six de ces malades avaient subi des opérations mutilantes ou un traitement par les rayons X avant le début du goître exophtalmique.

Il faut noter que sur la série de 65 malades chez qui l'hyperthyroïdisme paraît secondaire à l'état génital, 34 présentaient déjà des lésions thyroïdiennes avérées ou des antécédents familiaux de goître, ou bien étaient originaires de régions goïtrigènes. Chez elles il s'agit sans doute du déclenchement de l'hyperthyroïdisme par l'action du trouble ovarien sur une thyroïde déjà lésée, même quand cette lésion n'avait donné lieu jusque-là à aucune manifestation clinique.

Dans les autres cas, l'influence ovarienne paraît avoir déterminé à elle seule le dérèglement thyroïdien. Ainsi, parmi les cas d'hyperthyroïdisme de la ménopause, sur 6 malades originaires de régions goïtrigènes, 3 ont une maladie de Basedow type et 3 un adénome toxique, tandis que sur 14 autres, il y a seulement 3 adénomes et 11 Basedow, ce qui est en faveur d'une influence hormonale, agissant sur l'ensemble de la glande.

Comment s'exerce l'action réciproque de la thyroïde et de l'ovaire ? Diverses théories ont été émises pour l'expliquer. Parhon et Goldstein, se fondant sur toute une série de faits cliniques et physiologiques, ont affirmé l'antagonisme thyro-ovarien : tantôt l'excès de sécrétion thyroïdienne aurait une action inhibitrice sur l'ovaire, tantôt l'insuffisance du frein ovarien laisserait libre cours à l'hyperactivité de la thyroïde.

Charrin et Jardry ont au contraire soutenu l'hypothèse de la synergie thyro-ovarienne. L'hyperthyroïdisme serait un phénomène de compensation à l'insuffisance ovarienne.

D'après Labbé, les glandes génitales, tout comme la thyroïde, bien que dans une plus faible mesure, activent le métabolisme basal.

Pour Vignes, l'ovaire serait une glande catabolique, et non anabolique. Mais il fait observer que la sécrétion d'une glande telle que l'ovaire est probablement complexe, et peut contenir, à côté de substances excitantes, des substances correctrices ayant une action inverse, et dont l'absence, après castration, par exemple, peut déterminer des troubles.

D'autres auteurs font intervenir entre l'ovaire et la thyroïde des systèmes intermédiaires. Ujma, Maurin, supposent que l'insuffisance ovarienne peut déterminer un trouble du sympathique qui amènerait à son tour l'hyperthyroïdisme.

Mais ce sont surtout les autres glandes endocrines qui interviendraient dans les relations thyro-ovariennes.

Pour Marañon, c'est l'hypertrophie et l'hypersécrétion des surrénales à partir de la quarantaine qui explique l'association insuffisance ovarienne-hyperthyroïdisme chez les femmes à la ménopause, et la fréquence de l'hypertension dans ces cas.

Mais d'après les recherches récentes, l'antéhypophyse a une action considérable à la fois sur la thyroïde et sur les glandes génitales. Il est donc naturel de supposer que c'est par son intermédiaire que les deux systèmes agissent l'un sur l'autre. C'est ce que paraissent confirmer les résultats de la diathermie hypophysaire appliquée par Ferrier chez plusieurs de nos malades. L'interférométrie, qui a été pratiquée chez quelques autres, n'a pas donné de résultats très nets. Cependant les chiffres de désintégra-

tion de l'antéhypophyse étaient très bas dans 2 cas de Basedow de la puberté (obs. XXVI et XXX). Peut-être trouvera-t-on dans cette voie des éclaircissements sur la question de l'équilibre interglandulaire.

En effet, il s'agit avant tout, semble-t-il, d'un équilibre. Les expériences sur l'animal, de même que la clinique, montrent qu'une certaine quantité de sécrétion d'une glande est nécessaire au bon fonctionnement d'une autre. Au-delà comme au-dessous de cette quantité optima, elle devient perturbatrice de la glande influencée, que ce soit directement ou indirectement.

Enfin il reste à considérer une possibilité : celle d'une lésion concomittante de la thyroïde et de l'ovaire par un même facteur pathogène. Meldolesi admet que le plus souvent des troubles constitutionnels portant sur l'ensemble de l'organisme déterminent à la fois les troubles menstruels, qui souvent existent dès la puberté, et l'hyperthyroïdisme qui peut se révéler plus tard.

Parmi nos malades, 27 nous ont paru avoir subi l'influence d'une infection héréditaire ou acquise qui a pu être la cause déterminante, ou parfois seulement occasionnelle, des troubles thyro-ovariens. En effet, nous avons relevé :

dans 1 cas une tuberculose pulmonaire en activité,,

- 2 — des antécédents nets de tuberculose,
- 2 — le rhumatisme articulaire aigu,
- 1 — la chorée,
- 1 — la grippe,
- 3 — une pyélonéphrite ou une colibacillose,
- 1 — l'appendicite,
- 1 — une angine banale,
- 1 — le croup.

Mais surtout 14 malades présentaient des signes ou des antécédents de syphilis acquise ou plus souvent hérédi-

taire. En particulier dans le groupe des Basedow de la puberté, nous trouvons chez 4 malades sur 9 une forte probabilité d'hérédo-syphilis (naissances avant terme, aspect chétif et hypotrophique, surdité congénitale).

Dans l'observation XXXVII, où les troubles thyro-ovariens ont débuté peu d'années après la puberté, l'hérédo-syphilis est évidente. C'est surtout chez les malades jeunes que l'association insuffisance ovarienne-hyperthyroïdisme doit être rattachée à une cause infectieuse de débilité organique.

En résumé, il paraît impossible de rendre compte de tous les faits par une théorie unique. Bien que la maladie de Basedow et l'insuffisance ovarienne aillent généralement de pair, il faut envisager chaque cas à part pour le ranger dans telle ou telle catégorie pathogénique.

CONCLUSIONS

1° Les relations entre le goître exophtalmique et les troubles ovariens ou les épisodes de la vie génitale de la femme, nous ont paru évidentes dans 90 cas sur une série de 113 observations.

2° Les troubles de la menstruation consistent habituellement en la diminution de l'abondance, de la durée et de la fréquence des règles. Les périodes d'aménorrhée complète ne sont pas rares. Chez 8 malades seulement il y a eu augmentation, au moins temporaire, de l'abondance des règles.

3° Le traitement de la maladie de Basedow améliore généralement le fonctionnement ovarien dans la même mesure qu'il agit sur le syndrome thyroïdien.

4° Si dans 25 cas les troubles ovariens ont apparu à la suite de l'hyperthyroïdisme, celui-ci s'est au contraire manifesté ou accentué dans 65 cas à l'occasion d'un épisode de la vie génitale ou au cours d'une insuffisance ovarienne: 10 cas à la puberté, 14 chez des femmes jeunes ayant déjà de l'insuffisance ovarienne, 24 à la ménopause spontanée, 4 à la suite de la ménopause thérapeutique, 13 à l'occasion de la grossesse ou de ses suites.

5 de ces malades avaient déjà présenté des signes d'hyperthyroïdisme, 13 autres un goître simple, enfin 16 autres

étaient de souche goîtreuse ou de région goîtrigène. Chez ces 34 malades le trouble ovarien n'aurait fait que déclencher l'hyperthyroïdisme latent.

L'opothérapie ovarienne a eu une influence heureuse dans plusieurs cas, aussi bien sur l'hyperthyroïdisme que sur les troubles menstruels.

5° A côté des insuffisances ovariennes sans substratum anatomique perceptible, la proportion des lésions utéro-ovariennes, et en particulier du fibrome, était élevée dans les cas où l'examen gynécologique a été pratiqué.

6° L'action de la grossesse sur le syndrome basedowien a été variable, parfois chez une même malade, d'une grossesse à l'autre. Dans l'ensemble, la gestation elle-même a été bien supportée, et c'est après l'accouchement ou l'avortement, ou même après l'allaitement, que l'hyperthyroïdisme s'est manifesté ou aggravé. La proportion d'avortements, d'accouchements prématurés et de mort-nés est considérable. La plupart des enfants nés vivants sont normaux. Quelques-uns pourtant ont présenté une hérédité thyroïdienne ou des anomalies apparemment d'ordre endocrinien.

7° Dans un certain nombre de cas, l'atteinte de la thyroïde et de l'ovaire paraît devoir être attribuée à une cause générale de déficience organique, infection acquise ou plus souvent héréditaire. L'hérédosyphilis semble jouer un rôle important dans les cas d'insuffisance ovarienne de la puberté s'accompagnant d'hyperthyroïdisme.

8° Chez plusieurs malades d'autres troubles endocriniens coexistaient avec ceux de la thyroïde et de l'ovaire, et sans doute toutes les glandes endocrines peuvent-elles influencer et troubler l'équilibre thyro-ovarien. Mais les résultats thérapeutiques observés chez quelques-unes de nos ma-

lades, joints aux résultats expérimentaux des dernières années, nous amènent à supposer que le lobe antérieur de l'hypophyse joue un rôle prépondérant dans la corrélation entre les deux glandes et leurs réactions pathologiques.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELIN et WIEDNER. — Thyroïde et ovaire. *Arch. exp. Path. u. Pharm.*, 1932, 166.
- AGARONOW. — Métabolisme basal dans les cas de fibrome. *Monatsch. f. Gebursth. u. Gynak.*, 1931, 87.
- ANSELMINO et HOFFMANN. — Sur la présence de l'hormone thyroïdienne dans le sang pendant la grossesse. *Arch. f. Gynak.*, 1931, 145.
- APERT. — *Soc. Méd. hôp. Paris*, mars 1913.
- ARAYA. — Physiopathologie de la thyroïde au cours des affections gynécologiques. *Revue médicale latino-américaine*, déc. 1929.
- ARON. — Distinction entre l'hormone excito-sécrétrice de la thyroïde et le principe stimulant de l'ovaire renfermé dans les extraits hypophysaires. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, 106.
- ARON et BENOIST. — Influence de la castration sur le taux d'hormone préhypophysaire excito-sécrétrice de la thyroïde. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, 108. — Action antagoniste de la thyro-stimuline préhypophysaire et de la folliculine sur le fonctionnement thyroïdien. *Ibid.*, 1932, 109.
- ASCHNER. — Effet des injections sous-cutanées d'extrait ovarien ou placentaire. *Arch. f. Gynak.*, 1913, 99.
- BACQ. — Influence des glandes sexuelles sur le métabolisme. *Ann. de Physiol.*, 1929, 5.
- BANDLER. — Stérilité féminine et glandes endocrines. *New-York Med. Journ.*, fév. 1919.
- BERNARD (W.). — La thyroïde au cours de la grossesse. *Rev. Franç. d'Endocrinologie*, 1927.
- BISCEGLIE. — Effets de l'hyperhormonisation par la folliculine sur l'hypophyse, la thyroïde et les surrénales. *Endocr. e patol. c.*, 1930, 5.
- BOUILLY. — *Société de Gynécologie*, 1895.
- BOURNE. — Graves hémorragies utérines déterminées par l'hyperthyroïdisme. *The Lancet*, 16 juin 1923.
- CARLONI. — Influence de l'hyper et de l'hypothyroïdisme expérimental sur la durée de la grossesse et le développement du fœtus. *Arch. d'ost. e di ginec.*, fév. 1930.
- CARNOT. — L'opothérapie, 1911.
- CHARCOT. — *Gazette Médicale*, mai 1856. — *Gaz. hebd. de Méd. et chir.*, 1859-1862.

- CHARRIN et JARDRY. — *C. R. Acad. des sciences*, 1906.
- CHOUKE. — Effets de la castration sur l'activité proliférante et la structure de la thyroïde. *Endocrinology*, 1930, 14.
- CLÉRET. — Thèse de Paris, 1911.
- COLOMBET. — Thèse de Paris, 1931.
- COTTE. — Relations fonctionnelles de la thyroïde et de l'ovaire. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 20 janv. 1925.
- CROOM (H.). — *Journ. Obst. and Gynæc. Brit. Emp.*, 1907, 11.
- COULAUD. — Goîtres et opothérapie ovarienne. *Ann. de Méd.*, 1923.
- DALCHÉ. — Dystrophie ovarienne. *B. et M. de la Soc. Méd. Hôp.*, 1901.
- Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes, 1921.
- Les nuptialités. *Les Sc. Méd.*, 30 av. 1926.
- DAVANZO. — Basedow et grossesse. *La rassegna d'ost. e ginec. pratica*, 1931.
- DELAUNAY. — *Presse Médicale*, 1899.
- DELESTRE. — Thèse de Paris, 1921.
- DOLERIS. — *Archives de Gynécologie*, 1895.
- DREYFUS (G.). — Thèse de Paris, 1930.
- DULZETTO. — Modifications de l'ovaire des rates albinos traitées par l'extrait thyroïdien. *Arch. de biol.*, 1930, 40.
- EASON. — *Edimb. Med. Journ.*, 1928, 35.
- ELSNER. — *Amer. Jour. of med. sc. Philadelphie*, 1914.
- EVANS et SIMPSON. — *Am. J. Physiol.*, 1929, 89, et *Anat. Rec.*, 1930, 45.
- FAURE (Maurice). — Un cas de gestation chez une basedowienne. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926.
- FERRIER. — Les courants faibles en diathermie thyroïdienne. *Bull. Soc. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1932.
- Troubles menstruels d'origine glandulaire et leur traitement par la diathermothérapie endocrinienne. (Publication du Service Central de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1932.)
- FREUND. — Dissertation inaugurale, 1882.
- FRUHHINSHOLZ et PARISOT. — Des anomalies de la fonction thyroïdienne dans leurs rapports avec la gestation. Rapport au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1921.
- GARDINER-HILL. — La grossesse au cours du goître simple et de la maladie de Graves. *The Lancet*, 19 janv. 1929.
- GARDINER-HILL et SMITH. — *J. Obst. a. Gynec. of Brit. Emp.*, 1927, 34.
- GIRARD. — Ovariectomie entraînant une maladie de Basedow. Mélanodermie et épilepsie consécutives. *Rev. Franç. d'Endocrinologie*, 1933.
- GODLEWSKI. — Manifestations pluriglandulaires dans la maladie de Basedow. *Journ. Méd. fr.*, nov. 1921.

- GUDERNATSCH. — Influence sur la descendance de l'administration de thyroïde avant et pendant la grossesse. *Monatsch. f. Gebursth. u. Gynak.*, 1931, 88.
- GUILLAUME et GODEL. — Sur la crise cataméniale. *C. R. Soc. Biol.*, 1924, 90.
- GUINARD. — *Soc. de Chir.*, 1895.
- HAFKESBRING et COLLETT. — Variations journalières du métabolisme basal chez la femme. *Am. J. of Physiol.*, sept. 1924.
- HALLION. — *C. R. Soc. Biol.*, 1907.
- HAYASHI. — *Acad. de Méd.*, 22 janv. 1929.
- HERTZLER. — *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1911, 26.
- HIRSCH. — Sur les relations entre l'ovaire et la thyroïde dans le Basedow. *Deutsch. Arch. Klin. Med.*, 1931, 171.
- JAYLE. — *Presse Médicale*, 1896, 71.
— *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1903.
- JEANNENEY. — Hyperthyroïdie de la ménopause. *Rev. Fr. d'Endocrinologie*, 1933, 2.
- JOLL. — Maladies de la thyroïde, 1932.
- JOVIN. — *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1895-1896.
- JUKMANN et SCHÖLLER. — Sur l'hormone thyroïdienne du lobe antérieur de l'hypophyse. *Klin. Woch.*, 1932, 11.
- KLEINWACHTER. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gynak.*, 1899 et *Centr. f. Gynak.*, 1892.
- KRILOW et STERNBERG. — Modifications de la colloïde thyroïdienne chez la lapine sous l'influence du coït et de la grossesse. *Endokr.*, 1932, 10.
- KUNDE, CARLSON et PROUD. — L'ovaire au cours de l'hypo- et de l'hyperthyroïdisme expérimentaux. Influence de l'hyperth. sur la gestation. *Am. J. of Physiol.*, mai 1929.
- KUSTNER. — La maladie de Basedow et la grossesse. *Centr. f. Gynak.*, 1931, 55.
- LABBÉ (M.). — Valeur du mét. bas. dans le diagn. de la mal. de Basedow. *Presse Médicale*, 13 oct. 1928.
- LÆMMER. — Action de l'ovaire sur la thyroïde dans la mal. de Basedow. *Soc. Thérap.*, 14 oct. 1925.
- LEE. — Effets de la thyro-parathyroïdectomie sur le cycle œstral chez la rate. *Endocrinology*, 1926.
— Métabolisme basal pendant le cycle œstral. *Am. J. of Physiol.*, 1928, 86.
- LUCIEN, PARISOT et RICHARD. — La thyroïde, 1925.
- MATHIEU. — *Gaz. Méd. des Hôp.*, 1890.
- MARANON. — Sur l'hyperthyroïdisme climatérique. *Revista española de Obstetricia y Ginecología*, 1922. Résumé dans *La Gynécologie*, 1922.
— Sur l'hypertension climatérique. *Rev. Fr. d'Endocrinologie*, déc. 1924.
- MAURIN. — Insuffisance ovarienne et goître exophtalmique. *Journ. de Méd. de Paris*, 1923.

- MELDOLESI. — La fonction menstruelle dans la maladie de Flajani-Basedow. *Policlinica*, déc. 1931.
- MONTPELLIER et CHIAPPONI. — Folliculine et glandes à sécrétion interne. *C. R. Soc. Biol.*, 1930, 104.
- MURET. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1896, 16.
- MUSSEY, PLUMMER et BOOTHBY. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1926, 87.
- PARHON et GOLDSTEIN. — *Arch. gén. de Méd.*, 1905, 3.
- *Traité d'Endocrinologie*, 1923.
- PARISOT. — Pathogénie du goître exophtalmique. *Journ. Méd. fr.*, 1913.
- PERRIN et BLUM. — *Rev. Méd. de l'Est*, 8 janv. 1906.
- PICQUÉ. — *Soc. de Chir.*, 1895.
- PIGHINI. — *Policlinico*, 1925, et *Riv. di Biol.*, 1927, 9.
- PINARD. — *Annales de gyn. et d'obst.*, 1909.
- PLASS et YOAKAM. — Le mét. bas. chez la femme enceinte ayant une thyroïde normale ou malade. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1929, 18.
- REISS et PERENY. — *Endokr.*, 1928, 2.
- RIDDLE. — Régulation endocrinienne de la reproduction. *Endocrinology*, 1929, 13.
- RIDDLE et BATES. — Hypertrophie thyroïdienne consécutive à l'action de l'hormone hypophysaire gonado-stimulante. *Proc. Soc. exp. Biol. a. M.*, 1933, 30.
- ROBINSON. — Hyperthyroïdisme au cours de la gestation. *Obst. a. gynec. Soc. of the North of Engl.*, janv. 1922, résumé dans *La Gynécologie*, 1922.
- ROMANIELLO. — Sur les variations du contenu en iode de la thyroïde pendant la grossesse. *Arch. ost. e ginec.*, déc. 1930.
- ROWE. — Influences endocriniennes sur la stérilité dans l'espèce humaine. *Endocrinology*, 1930, 7.
- Influences endocriniennes sur la menstruation. *Ibid.*, 1930, 14.
- SAINTON. — Congrès de Médecine, 1907.
- Traitement opothérapique des syndrômes basedowiens. *Monde Médical*, fév. 1924.
- SAINTON et DELHERM. — Les traitements du goître exophtalmique, 1908.
- SAINTON et HESSE (D.). — La transformation d'un myxœdème typique en goître exophtalmique par la sommation thyroxi-adréalinique. *B. et M. Soc. Méd. hôp. de Paris*, 4 déc. 1931.
- SAINTON et SIMONNET. — Hyperthyroïdisme familial chez les Gallinacés. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, 106.
- SANDIFORD, WHEELER et BOOTHBY. — Le métabolisme pendant la grossesse et la menstruation. *Am. J. of Physiol.*, 1931.
- SAZIAS. — Thèse de Paris, 1924.
- SCHMITT. — Fonction thyroïdienne et dysménorrhée. *Centr. f. Gynak.*, oct. 1925.
- SCIBELLI. — Modifications utéro-ovariennes dans l'hyperthyroïdisme expérimental. *Arch. d'ost. e di ginec.*, oct. 1929.

- SEITZ. — Die Innere Sekretion und Schwangerschaft. Leipzig, 1913.
- SERDJUKOFF. — Sur les relations des glandes endocrines et de l'appareil génital chez la femme. *La Gynécologie*, sept. 1927.
- SEVRINGHAUS. — Différenciation entre la thyrotoxicose et les troubles de la ménopause. *Endocrinology*, 1931, 15.
- SIEDENTOPF. — Influence de la thyroxine sur la grossesse. *Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynak.*, 1930, 85.
- SMITH et ENGLE. — *Anat. Rec.*, 1930, 45.
- STEPHANI. — Métabolisme basal. *Schweiz. Med. Woch.*, août 1925.
- TILMANT. — Relations du goître exophtalmique avec l'insuffisance ovarienne. *Presse Médicale*, 27 mars 1919.
- TRAVERSO. — Résultats définitifs de la diathermie de la région thyro-parathyroïdienne comme traitement des métrites hémorragiques de la puberté. *Clin. di ost. e di gin.*, 1930, résumé dans *La Gynécologie*, 1932.
- TROUSSEAU. — *B. et M. de l'Acad. de Méd.*, 1862.
- TUFFIER. — *Soc. de Chir.*, 1895.
- TUFFIER et MAUTÉ. — Les accidents de la ménopause chirurgicale. *Presse Médicale*, 23 nov. 1912.
- UJMA. — Basedow à la suite de castration roentgenienne. *Centr. f. Gynak*, mars 1927.
- VAN HORN. — Relations de la thyroïde avec l'hypophyse et l'ovaire. *Endocrinology*, 1933, 17.
- VIGNES. — Sécrétion interne de l'ovaire et opothérapie ovarienne. *Rev. Fr. d'Endocr.*, déc. 1925.
- Physiologie gynécologique, 1929.
- VINAY. — La ménopause chez les thyroïdiennes. *Bulletin Médical*, 1907, p. 757.
- WAKEHAM. — Le métabolisme basal pendant la menstruation. *The Lancet*, 20 août 1921.
- WATRIN et FLORENTIN. — Thyroïde et tractus génital. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, 107.
- Etude des glandes endocrines après implantation du lobe ant. de l'hypophyse chez la femelle impubère. *Ibid.*, 1932, 110.
- WEICHERT. — *Physiol. Zool.*, 1930, 3.
- WELTI (H.) et HUGUENIN. — Goître exophtalmique et tuberculose thyroïdienne. *Soc. Anat. de Paris*, nov. 1932.
- WELTI (H.) et LAMY (M.). — Les enseignements de la thyroïdec-tomie pour maladie de Basedow. *Progrès Méd.*, 8 déc. 1932.
- WHITE (Clifford). — *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, 1911, 20.
- WILSON et BOURNE. — Sur les relations entre la thyroïde et les organes génitaux de la femme. *The Lancet*, 1922.
- WILLIAMS (Whitridge). — *Obst. New-York*, 1921.
- ZONDEK et BERNHARDT. — Extraits ovariens. *Klin. Woch.*, oct. 1925.
- ZUNTZ. — Influence de l'ovaire sur le métabolisme. *Arch. f. Gynak.*, 1906, 78.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
ETUDE CLINIQUE	16
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	73
RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX	74
RÉSUMÉ ET DISCUSSION.....	83
CONCLUSIONS	88
BIBLIOGRAPHIE	91

